

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1896

THÈSE

N°

---

179

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 4 mars 1896, à 1 heure*

Par PIERRE DEVALLET

Né à Nort (Loire-Inférieure), le 24 octobre 1867.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# PELADES NERVEUSES

---

*Président : M. FOURNIER, professeur.*

*Juges : MM. TERRIER, professeur.*

P. DELBET,

GILLES DE LA TOURETTE, { *agrégés.*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

---

1896



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1896

THÈSE

N°

179

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 4 mars 1896, à 1 heure*

Par PIERRE DEVALLET

Né à Nort (Loire-Inférieure), le 24 octobre 1867.

---

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# PELADES NERVEUSES

---

*Président : M. FOURNIER, professeur.*

*Juges : MM. TERRIER, professeur.*

P. DELBET,

GILLES DE LA TOURETTE, } *agregés.*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1896

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                      |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen.....</b>                                                  | <b>M. BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs.....</b>                                            | <b>MM.</b>           |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.            |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHET.          |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.              |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.             |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | N....                |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.            |
| Pathologie médicale.....                                           | { DIEULAFOY.         |
|                                                                    | { DEBOVE.            |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | LANNELONGUE.         |
| Anatomie pathologique.....                                         | CORNIL.              |
| Histologie.....                                                    | MATHIAS DUVAL        |
| Opérations et appareils.....                                       | TERRIER.             |
| Pharmacologie.....                                                 | POUCHET.             |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | LANDOUZY.            |
| Hygiène.....                                                       | PROUST.              |
| Médecine légale.....                                               | BROUARDEL.           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | LABOULBÈNE.          |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | STRAUS.              |
|                                                                    | { SÉE (G.).          |
|                                                                    | { POTAIN.            |
| Clinique médicale.....                                             | JACCOUD.             |
|                                                                    | { HAYEM.             |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | GRANCHER.            |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | FOURNIER.            |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | JOFFROY.             |
| Clinique des maladies nerveuses.....                               | RAYMOND.             |
|                                                                    | { DUPLAY.            |
| Clinique chirurgicale.....                                         | LE DENTU.            |
|                                                                    | { TILLAUX.           |
|                                                                    | { BERGER.            |
| Clinique ophtalmologique.....                                      | PANAS.               |
| Clinique des voies urinaires.....                                  | GUYON.               |
| Clinique d'accouchements.....                                      | { TARNIER.           |
|                                                                    | { PINARD.            |

*Professeurs honoraires : MM. SAPPEY et PAJOT.*

## Agrégés en exercice

|              |                       |                        |            |
|--------------|-----------------------|------------------------|------------|
| <b>MM.</b>   | <b>MM.</b>            | <b>MM.</b>             | <b>MM.</b> |
| ACHARD.      | FAUCONNIER.           | MARIE.                 | SEBILEAU.  |
| ALBARRAN.    | GAUCHER.              | MENETRIER.             | THIÉRY.    |
| ANDRÉ.       | GILBERT.              | NÉLATON.               | THOINOT.   |
| BAR.         | GILLES DE LA TOURETTE | NETTER.                | TUFFIER.   |
| BONNAIRE.    | GLEY.                 | POIRIER, Chef des tra- | VARNIER.   |
| BROCA.       | HARTMANN.             | vaux anatomiques.      | WALTHER.   |
| CHANTEMESSE. | HEIM.                 | RETTERER.              | WEISS.     |
| CHARRIN.     | LEJARS.               | RICARD.                | WIDAL.     |
| CHASSEVANT.  | LETULLE.              | ROGER.                 | WURTZ.     |
| DELBET.      | MARFAN.               |                        |            |

*Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

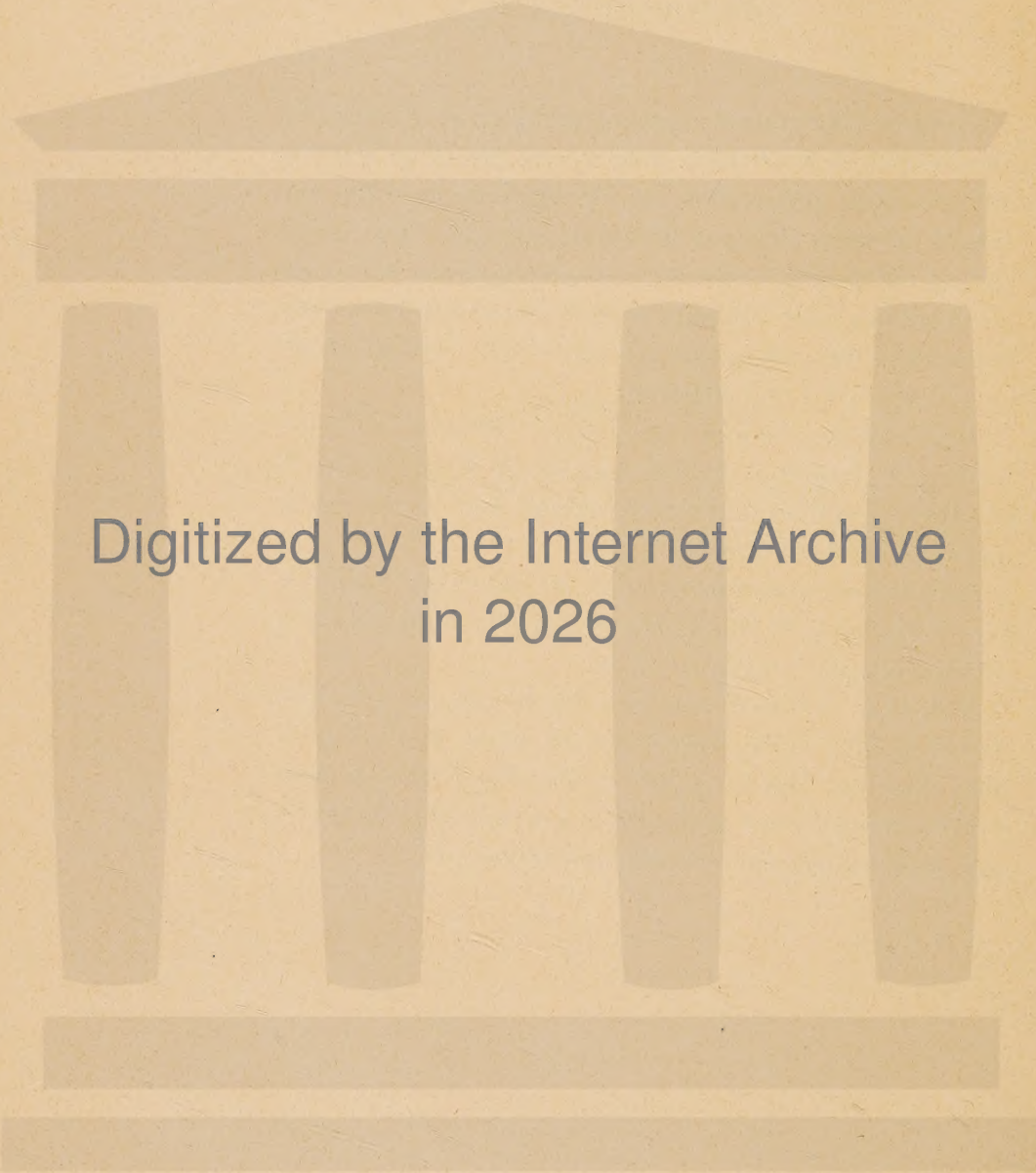
## INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer quelques cas de pelades manifestement nerveuses, nous avons pensé qu'il serait intéressant de rapprocher ces observations de celles qui ont été publiées déjà par différents auteurs. Nous avons visé un but pratique : montrer que le diagnostic est possible entre la pelade contagieuse et la pelade nerveuse dans la majorité des cas, ce qui permettra de formuler le traitement rationnel de l'affection.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici nos maîtres des hôpitaux et de la Faculté, et en particulier le D<sup>r</sup> Albarran qui s'est toujours montré plus l'ami que le maître et combien dévoué !

Nous tenons à manifester notre reconnaissance à notre excellent ami le D<sup>r</sup> Gibotteau, de Biarritz, dont les soins intelligents nous ont sauvé la vie.

A M. le D<sup>r</sup> Babinski, médecin des hôpitaux, qui nous a fourni la plus belle observation de notre thèse, à notre bien cher ami Marcel Labbé, interne des hôpitaux, pour le précieux concours qu'il a prêté à la rédaction de ce travail, nous exprimons nos vifs remerciements.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554029\\_0068](https://archive.org/details/IA41554029_0068)

## CHAPITRE PREMIER

### Historique.

L'historique de la pelade ayant été déjà fort bien fait par beaucoup d'auteurs, nous ne croyons pas utile de revenir sur ce sujet. Nous voulons seulement montrer quelle a été la genèse de chacune des théories parasitaires et nerveuse de la maladie et comment les dermatologistes en sont arrivés à admettre presque tous aujourd'hui la doctrine de la dualité des pelades.

C'est à Celse qu'on fait remonter habituellement la première notion de la pelade, qu'il avait du reste probablement confondue avec d'autres alopecies; et le souvenir de sa description est consacré surtout par le nom d'Area Celsi que l'on donne parfois à cette maladie. Jonston la décrit ensuite sous le nom d'Area, puis Sauvage sous le nom d'Area Jonstoni. Mais il faut arriver à Baternau, au commencement de ce siècle, pour trouver la première bonne description de ce qu'il appela le porrigo decalvans.

Depuis lors la symptomatologie de la maladie étant bien tracée, sauf quelques détails, c'est vers l'étiologie et la pathogénie que s'orientèrent les recherches des médecins.

C'est en France que furent publiés les premiers travaux qui tendent à faire considérer la pelade comme une affection parasitaire et contagieuse. Gillette en 1839 relate une épidémie de pelade dans un collège de Paris. Gruby en

1843 annonça que le porrigo decalvans avait aussi son parasite, le microsporon audouini, que M. Sabouraud attribue aujourd'hui à la teigne tondante à petites spores. Bazin le premier en 1853 affirma la contagion et l'origine parasitaire de la pelade, refusant même de lui accorder en aucun cas une origine nerveuse.

A partir de ce moment jusqu'en 1874, les observations de contagion et les recherches microbiologiques se poursuivirent en France tandis qu'elles étaient encore fortement discutées à l'étranger. En 1874, Malassez et Courrèges décrivirent un nouveau parasite dans les parties les plus superficielles des plaques de pelade ! Ce travail est le point de départ de nouvelles recherches, et, à partir de ce moment les recherches se succèdent rapidement en France et à l'étranger. Eichhorst (1874), Majocchi (1882), Pellizari (1884) confirment les recherches de Malassez. Mais bientôt le rôle pathogénique du parasite de Malassez est discuté. Rivolta avait déjà décrit des micro-organismes analogues dans le psoriasis en 1873. Nyström en 1875 conteste la spécificité du parasite qu'il retrouve un peu partout et même dans les serviettes. Bizzozero le décrit sous le nom de saccharomyces spheriens. Balzer et Dubreuilh, en 1884, montrent qu'il existe dans toutes les séborrhées et le cérumen, et qu'il ne possède par conséquent aucun rôle pathogénique.

Un autre microcoque fut découvert, dans la partie intra-épidermique du poil, puis isolé et cultivé par V. Lehlen en 1883 ; cet auteur prétendit même, en inoculant des cultures aux animaux, reproduire la pelade. Mais Thin, Bizzozero, Michelson (1886), Bordoni Uffreduzzi (1886),

Bender (1886), le retrouvent sur les cheveux sains et nient sa spécificité. Il semble donc que le microbe de V. Lehlen est, comme celui de Malassez, un des nombreux saprophytes qui vivent à la surface de la peau, et surtout au niveau du cuir chevelu (Dubreuilh).

Robinson décrivit en 1888, des microcoques groupés en zooglées dans les vaisseaux lymphatiques du derme des plaques de pelade ; mais Duckworth et Harris, pas plus que Leloir, n'ont pu le colorer sur des coupes de peau prise au niveau d'une plaque de pelade.

Enfin Vaillant et Vincent en 1890, décrivirent dans les pelades pseudotondantes un nouveau microcoque ou diplocoque dont la spécificité n'est pas encore démontrée. Il semble d'ailleurs, que les alopécies dans lesquelles on l'a retrouvé ne soient pas des pelades vraies, mais des pseudopelades analogues à la folliculite décalvante de Quinquaud (Feulard).

Si les premières notions de la contagion et du parasitisme de la pelade sont nées en France, c'est au contraire à l'étranger qu'est née la théorie nerveuse. Hebra après avoir admis, sur la foi de Gruby et de Bazin, le parasitisme de la maladie, ne pouvant retrouver les parasites décrits par ces auteurs, attribua la pelade à un trouble de l'influx nerveux résultant d'une maladie des centres ou des nerfs périphériques ; et ses travaux furent le point de départ d'une réaction contre la théorie parasitaire, à laquelle prirent part Kaposi, Bahrensprung, Bœck, Pnics, Rindfleisch, Wilson, Neumann, Dühring, Scherenberg, Kohn, Bulkley, Toriunasoli, etc. En France les partisans absolus de la nature nerveuse de la pelade ont toujours

été rares, et nous ne trouvons guère à citer que le nom d'Horand (de Lyon), qui dans une communication à la Société de dermatologie, en août 1894, conteste les observations de contagion publiés jusqu'alors. Pour lui il existerait deux sortes de pelades : 1<sup>o</sup> une pelade vraie, porrigo decalvans, qui n'est ni parasitaire ni contagieuse ; 2<sup>o</sup> la folliculite décalvante, fréquente dans l'armée, qui paraît être contagieuse, quoique son parasite soit encore inconnu. Ajoutons du reste que son opinion a été vivement critiquée par MM. Besnier, Feulard, Sabouraud, Augagneur et Brousse.

C'est en France que naquit également l'opinion moderne, appuyée à la fois sur les faits cliniques, épidémiques et microbiologiques. Les savants français moins exclusifs dans leurs opinions et leurs théories que les Allemands, les Autrichiens et les Italiens ont su tenir compte à la fois des recherches de laboratoire faites surtout par les étrangers et qui du reste n'ont jusqu'ici réussi à apporter aucune preuve certaine du parasitisme de la pelade et des relations pathologiques existant entre la pelade et les maladies au cours desquelles elle apparaît et de leurs recherches est sortie la notion de la dualité des pelades.

Loriot, dans sa thèse de 1887, écrivait déjà :

« Entre les partisans des deux théories extrêmes que nous avons examinées, viennent prendre place un grand nombre de dermatologistes qui empruntent à chacune d'elles les faits qui leur paraissent justement irréfutables, pensent que la pelade peut dériver de deux sources. Elle peut être d'origine contagieuse et parasitaire, comme aussi dans certains cas on ne saurait nier l'influence du

système nerveux sur sa production. Cette opinion a réuni la plupart des dermatologistes français et nous même, après avoir soigneusement examiné les arguments des deux partis en présence, et les cas que nous avons pu observer pendant notre séjour dans les hôpitaux, nous nous y sommes rangé ».

A. Ollivier, à la suite d'une discussion sur la pelade à l'*Académie de médecine*, conclut : « Il me paraît résulter de tout ce qui a été dit à cette tribune qu'il existe deux formes de pelades, l'une contagieuse et l'autre qui ne l'est pas ».

Leloir, dans une communication à l'*Académie* (26 juin 1888), résume les faits qu'il a observés en les divisant en trois classes : 1° peladoïdes trophoneurotiques ; 2° pelades contagieuses ; 3° pelades de nature douteuse ; et cite des faits intéressants et indubitables de chacune de ces catégories de pelades.

Ohmann Dumesnil (*Medical News*, 1892) divise les pelades en trois classes : 1° pelade parasitaire ; 2° pelade nerveuse ; 3° pelade relevant à la fois du parasitisme et d'un trouble du système nerveux, il étudie les caractères de ces trois variétés de pelade et admet que le diagnostic peut être fait entre la pelade parasitaire et nerveuse.

Dubreuilh (de Bordeaux) écrit en 1895 : « Je viens de vous exposer les deux théories qui ont été émises pour expliquer la pelade. La conclusion qui me paraît en résulter c'est que l'une et l'autre ont raison, l'une et l'autre sont vraies, appuyées sur des preuves convaincantes ; mais ni l'une ni l'autre ne peut rendre compte de tous les faits, ne peut être acceptée seule et exclusivement. Il faut donc

admettre des pelades contagieuses d'origine parasitaire et des pelades d'origine nerveuse ».

M. Thibierge, dans son article du *Traité de médecine* (1894), admet 2 classes d'affections confondues sous le nom de *pelade* : la pelade vraie parasitaire, et les pseudo-pelades trophoneurotiques.

En résumé presque tous les dermatologistes français, MM. Besnier, Lailler, Doyon, Quinquaud, Vidal, Brocq, Hallopeau, Thibierge... etc., et plusieurs dermatologistes étrangers : Schütz, Ohmann-Dumesnil, etc..., admettent aujourd'hui l'existence de deux sortes de pelades. M. Gaucher, cependant, écrit dans ses *Leçons sur les maladies de la peau* (1895) :

« Faut-il, pour expliquer les faits contradictoires, pour concilier la contagion et la non-contagion de la pelade, faut-il admettre, avec Tilbury Fox, qu'il y a deux pelades, l'une contagieuse et parasitaire, dont le parasite est d'ailleurs inconnu, l'autre d'origine nerveuse, renfermant des alopecies décrites, par d'autres auteurs, sous les noms de péladoïdes, ou d'alopecies trophoneurotiques ?

Certes, cette manière d'envisager les choses simplifierait beaucoup la question ; mais, malheureusement cette théorie, relative à la dualité de la pelade, est une explication qui n'explique rien du tout.

Il est impossible de distinguer objectivement, soit par l'examen clinique, soit par l'examen microscopique, cette pelade parasitaire et cette pelade nerveuse. L'observation ne fait reconnaître qu'une seule pelade, qui présente toujours les mêmes caractères ».

## CHAPITRE II

### La dualité des pelades.

Lorsque l'on étudie la pelade dans les classiques, on voit qu'à part la description de la plaque péladique, l'incertitude règne dans son étiologie, dans sa description, sa marche, son pronostic, son traitement. En effet, tandis que certaines pelades relèvent de la contagion, d'autres surviennent à la suite d'une simple émotion ; tandis que certaines pelades résistent longtemps à des traitements énergiques, d'autres guérissent avec la plus grande facilité et sans aucun traitement ; tandis que dans les unes on découvre ou croit découvrir des parasites, dans les autres on ne découvre que des relations avec une lésion organique ou dynamique du système nerveux. L'historique enfin nous a montré que des dermatologistes de grande valeur se montraient convaincus les uns de la nature parasitaire, les autres de la nature nerveuse de la pelade.

Telles sont les raisons qui ont poussé les dermatologistes à décrire deux sortes de pelade. Il nous reste à prouver la valeur réelle de cette division.

L'existence de la pelade parasitaire repose sur des preuves cliniques anatomo-biologique et étiologique qui ont été bien exposées par Dubreuilh ; nous nous contenterons de les résumer brièvement.

1° *Preuves cliniques.* La forme circulaire et l'accroisse-

ment centrifuge des plaques analogue à ce qu'on observe dans la trichophytie est une preuve de peu de valeur puisque cette forme peut s'observer aussi dans des maladies nerveuses telles que le vitiligo.

2° *Preuves anatomo-biologiques.* Ces preuves n'ont encore que peu de valeur puisqu'il n'a pas encore été possible d'isoler le micro-organisme spécifique de la pelade.

3° *Preuves étiologiques.* Ces preuves sont les meilleures ; tout en admettant avec Gaucher qu'on ait plus d'une fois décrit des épidémies de teigne tondante sous le nom de pelade, on a pu réunir aujourd'hui un grand nombre de faits de contagion bien observés : ce sont des épidémies de pelade dans les casernes, les collèges, les familles ; ce sont les observations de Lailler qui prouvent que la pelade peut se transmettre à plusieurs années de distance par l'intermédiaire d'objets contaminés.

Citons parmi ces observations : une épidémie de collège observée par Gillette en 1839, la relation d'Arnozan (1884), l'épidémie de pelade ayant sévi en 1886 sur la garnison de Montpellier (Conston), le cas de Tournasoli (1887), les observations de Eichhoff et de Lassan (1888), l'épidémie du 6<sup>e</sup> régiment de hussards observée par Dubreuilh en 1889, la contagion par l'intermédiaire d'un chat atteint de pelade (Hillairet, 1874), l'épidémie de 1892 ayant sévi sur le 12<sup>e</sup> bataillon de chasseurs alpins, le rapport de Brousse qui énonce que dans certains corps de troupe 75 hommes sur 122 sont atteints de pelade, et une foule d'autres faits non moins caractéristiques.

L'existence de la pelade nerveuse repose sur des preuves non moins certaines tirées de la symptomatologie, du

mode d'action des traitements, et surtout de la relation nettement constatée avec des maladies nerveuses ; nous ne perdrons pas notre temps à énoncer ces preuves puisque chacune d'elles se trouvera développée dans les chapitres où nous ferons l'étude de l'étiologie et des symptômes, et dans nos observations.

## CHAPITRE III

### Symptômes.

Nous venons de démontrer dans le chapitre précédent qu'il existait bien, à côté de la pelade parasitaire, une pelade nerveuse ; il nous reste à rechercher maintenant si nous pouvons la distinguer de la pelade contagieuse par des symptômes qui lui appartiennent en propre, et si nous pouvons en décrire plusieurs formes.

Depuis longtemps déjà, par Bazin lui-même, la pelade décalvante avait été décrite comme une forme spéciale de la maladie ; c'est la première par laquelle l'origine nerveuse a été soupçonnée et admise. Nous conserverons donc la division classique et nous décrirons deux variétés de pelade nerveuse : la pelade décalvante généralisée, et la pelade trophoneurotique proprement dite dont l'origine nerveuse n'est pas encore admise par tous.

La *pelade décalvante* ou ophiasique de Bazin, atteint le système pileux tout entier. L'alopécie débute généralement par les cheveux qui tombent d'une façon diffuse ou par plaques mal limitées. Dans l'espace de quelques jours, ou lentement et progressivement les cheveux, puis les sourcils, les cils, la barbe, les poils des aisselles, du pubis, de la poitrine et des membres tombent, ne laissant partout que des surfaces glabres ou recouvertes seulement de quelques touffes disséminées de poils follets. Les

sujets atteints de cette variété de pelade ont souvent le visage assez coloré, congestif, quelquefois avec de petites varicosités veineuses (Thibierge). Le système épidermique tout entier est atteint et dans plusieurs cas on a observé une chute des ongles (Arnozan, Croker).

L'évolution de la pelade décalvante varie, suivant les cas, sans qu'on puisse prévoir à l'avance quelle sera sa terminaison. Tantôt après quelques mois de durée, elle guérit lentement ; tantôt elle persiste indéfiniment et c'est en effet la forme décalvante dont le pronostic est le plus défavorable.

On peut rapprocher cette forme de pelade des alopécies généralisées observées au cours du myxœdème et du goitre exophtalmique ; celles-ci s'en distinguent cependant parce qu'elles attaquent surtout le poil du tronc et respectent la barbe et les cheveux.

La pelade décalvante atteint surtout les adultes et ne se montre que rarement chez les enfants. Elle peut apparaître sans cause apparente ou à la suite d'une émotion, d'une frayeur.

Loriot dans sa thèse considère la pelade décalvante comme étant « toujours trophoneurotique et par là même de nature non contagieuse ». Et cependant il cite une observation de Raymond qui prouve que la contagion peut donner lieu à cette forme de pelade. De plus Thin rapporte l'observation d'une famille où le père et la fille aînée étaient atteints de pelade décalvante généralisée et deux autres enfants atteints de pelade en plaques : tous les quatre se servaient des mêmes objets de toilette. Il semble donc encore nécessaire d'établir deux catégories de pelade

décalvante, l'une d'origine nerveuse, de beaucoup la plus fréquente, l'autre parasitaire, exceptionnelle.

*La pelade nerveuse* proprement dite est caractérisée par des taches plus ou moins circulaires qui rendent chauve la place sur laquelle elles ont leur siège et sur lesquelles on ne remarque aucun cheveu, tandis qu'elles sont environnées d'un aussi grand nombre de cheveux que dans l'état naturel. La surface du cuir chevelu est, dans l'étendue des taches, unie, brillante et d'une blancheur remarquable.

Telle est la description que Rateman en donnait au commencement du siècle, description à laquelle il n'y a presque rien à ajouter — que quelques détails.

La dimension de la plaque est variable, depuis la grandeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs et même davantage. Sa forme est circulaire, irrégulière ou polycyclique, bien limitée à la périphérie. Elle est complètement dépourvue de cheveux, blanche, lisse, luisante comme de l'ivoire ; la peau est parfois décolorée, plus pâle que celle des parties saines d'où le nom de *pelade achromateuse* de Bazin. Les orifices des follicules pileux ne s'y aperçoivent plus. Kaposi a signalé une bordure rouge que Dubreuilh n'a retrouvée que dans la moitié des cas. La peau est souple, mobile, mince, déprimée par rapport aux régions voisines, de sorte qu'on peut sentir ses limites au toucher. Autour de la plaque, les cheveux s'arrachent facilement et se montrent atrophiés, en massue, avec une racine effilée en pointe et recourbée en crosse.

La pelade peut atteindre la barbe primitivement ou à la

suite du cuir chevelu ; elle se caractérise alors par des plaques glabres, lisses, arrondies ou ovalaires, souvent symétriques, très persistantes.

Lailler a décrit sous le nom de pelades pseudo-tondantes une variété dans laquelle les cheveux cassants se rompent au ras de la peau, donnant à la plaque l'aspect de barbe mal rasée, caractéristique de la teigne tondante ; mais nous n'avons pas retrouvé cette variété dans nos observations de pelade nerveuse ; de plus, c'est dans cette variété surtout que Vaillard et Vincent ont isolé et décrit en 1890 un parasite microcoque logé dans les interstices du derme cutané : il semble donc qu'elle rentre tout entière dans les pelades parasitaires.

Les symptômes objectifs que nous venons de décrire sont communs à la pelade parasitaire et à la pelade nerveuse. Nous allons maintenant passer en revue les symptômes qui ont été attribués en propre à la pelade nerveuse et discuter la valeur de chacun d'eux.

**Début.** — Tandis que le début de la pelade parasitaire est parfois lent, ce qui a permis à Bazin de décrire 3 périodes dans cette affection : une première de germination avec prurit et aspect terne des cheveux, une seconde caractérisée par l'aspect tomenteux du cuir chevelu, une troisième enfin d'alopecie. Le début de la pelade nerveuse, souvent brusque, n'est pas précédé d'une altération spéciale des cheveux. Le malade constate que ses cheveux tombent sans avoir éprouvé antérieurement de symptômes subjectifs, c'est ainsi que nous voyons dans notre observation l'alopecie survenir aussitôt à la suite d'une attaque hystérique. Chambard attache une certaine impor-

tance à ce caractère : formation presque subite de plaques chauves, cessation brusque, pas de période préalopécique. D'autres fois le début a été précédé de prodromes qui ne révèlent en rien des caractères de prodromes liés à une affection parasitaire. Ce sont des sensations de fourmillement, de cuisson, des névralgies intenses, rebelles, répétées, parfois localisées au point qui deviendra le siège de l'alopécie (Leloir, Lorient, Wilson) ; ces prodromes se retrouvent dans un grand nombre de nos observations, mais nous ne croyons pas que ce seul signe suffise à faire qualifier une pelade de trophoneurotique ; c'est pourquoi nous regardons comme douteuses un certain nombre des observations de Lorient où le diagnostic de l'affection ne repose guère que sur ce signe.

**Forme de la plaque de pelade.** — La plaque peut être ronde, ovale ou irrégulière. Ce n'est donc pas sur la forme spéciale de la plaque qu'il faut se baser ; peut-être seulement la plaque de pelade nerveuse serait-elle plus souvent irrégulière, en carte de géographie que la plaque parasitaire (Schütz). Mais on a signalé deux caractères qui ont une plus grande valeur : c'est la symétrie des plaques et leur localisation dans l'aire d'activité des nerfs malades.

Schütz attribue une certaine importance à la localisation de l'alopécie péladique sur le trajet d'un nerf. Vidal a montré que la pelade nerveuse était fréquemment localisée à la partie postérieure de la tête et semblait en rapport avec la distribution du grand nerf occipital. (Citons la pièce n° 763 du musée de l'hôpital St-Louis, où les lésions sont limitées symétriquement à la zone du nerf occipital.) Leloir a observé dans trois cas une localisation en rapport

avec le trajet du nerf occipital et temporal. Mais nous retrouvons rarement cette localisation, elle n'est en rien comparable comme fréquence à la localisation sur le trajet des branches nerveuses des vésicules herpétiques du zona ; de plus cette localisation n'a qu'une faible valeur et beaucoup de symptômes d'origine nerveuse n'affectent pas cette disposition ; c'est ainsi qu'on ne la retrouve pas dans la distribution des zones d'anesthésie chez un hystérique ; c'est ainsi que dans notre observation I elle n'est nullement constatée. Enfin la progression excentrique des plaques de pelade n'est nullement en rapport avec la distribution des nerfs (Büchner). Souvent des plaques de pelade siègent sur des régions innervées par deux nerfs distincts, tels les nerf frontal et occipital (Loriot).

Nous n'avons constaté que fort rarement la symétrie des plaques alopéciques dans nos observations de pelade nerveuse des plus caractéristiques ; elle nous semble de peu de valeur et fort bien discutée par Thomas Thomesco dans sa thèse :

« Il y a des auteurs comme Testut qui attribuent une très grande valeur à la symétrie ; souvent Testut invoque ce seul caractère pour supposer que telle éruption symétrique est d'origine nerveuse. Alors comment se fait-il que les éruptions syphilitiques sont souvent symétriques, tandis que le zona qui est d'origine nerveuse est le plus souvent unilatéral ? Donc nous ne devons pas exagérer l'importance de la symétrie comme de toute autre preuve quand elle est isolée, mais il ne faut pas non plus tomber dans l'excès contraire comme Simon (*Die localisation der Hautkrank. Histolog. und klin.*, Berlin, 1873) qui n'ac-

corde aucune valeur à la symétrie dans la démonstration d'une dermo-névrose. C'est surtout Rendu (*Annales de Dermatologie*, 1874-75) qui attribue à la symétrie sa juste valeur ».

M. Sabouraud se défend également d'attribuer à la symétrie une importance trop grande dans les pelades nerveuses, et fait remarquer que l'érysipèle, maladie infectieuse au premier chef, a souvent une évolution symétrique.

Neumann avait attaché une certaine importance à la *dimension* des plaques péladiques et décrit l'alopécie circonscrite ou orbiculaire ; petites places chauves, circulaires, plus petites qu'une pièce de cinquante centimes, au niveau desquelles la peau est déprimée et anesthésiée. En réalité ces caractères n'ont aucune valeur, et nous voyons souvent les plaques de pelade nerveuse s'étendre désespérément ; c'est même la pelade décalvante qui a été la première rattachée à un trouble du système nerveux.

Suivant Chambard, la *blancheur*, le poli des plaques, la atteinte de lait, d'ivoire, l'*aspect atrophique* de la région teinte de calvitie seraient en rapport avec la nature nerveuse de la maladie. Mais il est difficile d'apprécier exactement la blancheur d'une plaque ; d'autre part la coloration du cuir chevelu peut varier à l'état normal d'un individu à l'autre. Enfin l'aspect atrophique est signalé dans toutes les variétés de pelade et M. Sabouraud le décrit comme un des caractères principaux de la plaque péladique parasitaire.

**Troubles nerveux locaux.** — Ces troubles sont de deux sortes : des éruptions et des troubles de sensibilité.

Schütz a signalé l'apparition synchrone de la pelade et de phlyctènes au même point.

« Une autre preuve clinique, c'est la coexistence d'une autre affection nerveuse avec une éruption cutanée qui dans ce cas est généralement d'origine nerveuse ; ainsi ne sait-on pas que chez les tabétiques surtout, quand ils présentent des arthropathies, on voit survenir un zona, un lichen, un pemphigus, etc. ».

Mais cette coïncidence n'est pas assez fréquente avec la pelade pour pouvoir être considérée autrement que comme un effet du hasard. Thomas Thomesco lui attribue une certaine valeur.

Les troubles de sensibilité sont beaucoup plus importants, ce sont : 1° des névralgies, des topoalgies précédant et accompagnant l'alopecie (Leloir, Lorient...) ; nous les retrouvons dans un grand nombre d'observations ;

2° Un violent prurit cutané sans raison apparente (Schütz, obs. XXVIII). Ce symptôme est à rapprocher des névrodermies étudiées par Brocq, troubles cutanés qui sont nettement d'origine nerveuse ;

3° Des troubles de la sensibilité à la douleur, au tact, à la température, à l'électricité, que nous ne trouvons pas signalés fréquemment, peut-être parce que les auteurs dans la plupart des cas n'ont pas songé à les rechercher. Leloir a noté de l'anesthésie dans quatre cas seulement.

Du reste Schütz fait remarquer que troubles trophiques et troubles sensibles sont deux choses absolument différentes et rappelle que dans les autres atrophies (hémia-trophie faciale progressive), la réaction de sensibilité est normale.

**Effets du traitement.** — Certaines alopecies nerveuses non traitées, guérissent rapidement ; d'autres résistent à tout traitement. Ce caractère rapproche certaines pelades des affections nerveuses et les éloigne des affections parasitaires, chez lesquelles la relation entre le traitement et le résultat est plus concordante. Feulard pense que « les pelades, quand elles veulent bien guérir, guérissent par les traitements les plus simples et que certaines se montrent extraordinairement rebelles ou récidivantes quoi qu'on fasse. A ce type appartiennent les pelades ou mieux les alopecies peladoïdes que l'on qualifie de trophoneurotiques ».

La guérison par le traitement général tonique, l'électricité statique, joint aux applications locales du courant continu sont encore des caractères attribuables aux seules pelades nerveuses.

*L'évolution* qui ne se fait pas d'une façon cyclique, le mode d'extension de la plaque sous forme de traînées, de lignes de triangle, a été signalé comme un caractère de la pelade nerveuse ; mais ce mode d'extension peut également se retrouver dans des maladies parasitaires et n'a point la valeur que Schütz lui a attribuée.

*La terminaison* par une guérison brusque et non progressive comme dans les teignes où les cercles atteints par le trychophiton vont en se rétrécissant.

*La durée* de la maladie qui pour Renault serait relativement courte ; mais nous en avons signalé d'inguérissables.

Le caractère le plus important des pelades nerveuses, c'est leurs *relations étiologiques et pathologiques* ; devant

les étudier au chapitre suivant nous ne ferons ici que les signaler. C'est d'abord l'*absence de contagion* à l'origine ou dans le cours de la pelade ; mais cette contagion, disait-on, peut toujours avoir passé inaperçue. Manasséine attribue une valeur très grande à ce fait et rapporte à la trophonévrose une pelade dans laquelle les cheveux du malade n'ont pu communiquer la même affection à des individus sains.

Puis les *relations pathologiques*. Laissant de côté les maladies nerveuses qui peuvent être considérées comme la cause même de la pelade, telles que hystérie, épilepsie, paralysies, nous ne nous occuperons que de celles qui coïncident seulement avec la pelade et la compliquent sans l'expliquer. Tel est le vitiligo dont la coïncidence avec la pelade a été notée comme fréquente par beaucoup d'auteurs.

Le vitiligo est en effet une affection essentiellement chronique pendant la durée de laquelle peuvent survenir telles ou telles affections tout à fait indépendantes de lui, la pelade parasitaire entre autres. Dans ce cas la pelade se comporte comme si le sujet n'était point vitiligineux, et n'avait ni dischromie, ni calvitie, c'est-à-dire que la pelade disparaît et que le vitiligo reste. Dans d'autres cas plus complexes, c'est la pelade névropathique ou tropho-neurotique qui coïncide avec le vitiligo ; il s'agit alors vraisemblablement d'un vitiligo ayant causé la calvitie en aires, c'est-à-dire que la calvitie est fonction du vitiligo. C'est là le vitiligo peladique de Dubrenilh, Morel-Laval-lée, Mathieu, affection encore peu connue et sur laquelle,

ajoute Besnier, il y a lieu d'ouvrir une enquête nouvelle (1).

Cependant si la pelade apparaissant au cours du vitiligo peut être justement considérée comme ayant une origine nerveuse, elle ne doit pas être confondue avec cette affection, car son évolution en est indépendante ; elle guérit tandis que le vitiligo persiste.

Les relations de la pelade nerveuse avec les lésions oculaires ont été signalées par Frœhlich. Rayer cite le cas suivant observé par Ravaton : un homme à la suite d'une violente commotion est frappé d'amaurose unilatérale et les cheveux, les cils et les sourcils du même côté se décolorent et tombent. Ces troubles oculaires semblent devoir, comme la pelade qui les accompagne, être considérés comme dépendant de l'hystérie traumatique.

(1) BARTHÉLEMY, *Soc. franç. de dermat. et syphil.*

## CHAPITRE IV

### Etiologie.

S'il est déjà bien difficile d'établir d'une façon certaine la fréquence de la pelade relativement aux autres maladies du cuir chevelu, il l'est encore beaucoup plus d'établir la fréquence relative des deux catégories de pelade. En effet la plupart des statistiques sont faussées pour deux raisons : la confusion entre la pelade et la trichophytie ; et surtout le point de vue théorique auquel se placent un certain nombre de dermatologistes qui ne veulent admettre qu'une sorte de pelade, parasitaire ou nerveuse.

La *fréquence générale* de la pelade comparée aux autres maladies de la peau varie suivant les statistiques de 0,57 0/0 (*American dermatological association*) jusqu'à 4 0/0 (Dubreuilh). Il semble du reste que cette maladie soit plus commune en certains pays ; mais peut-être cette fréquence est-elle due plus à ceux qui font les statistiques, qu'au déterminisme pathologique lui-même. C'est ainsi que dans la même ville, à Berlin, la proportion serait pour Schwe-ninger de 1 0/0, et pour Lassar de 2 0/0.

Le minimum de fréquence se rencontrerait en Amérique, 0,57 0/0 ; le maximum à Bordeaux, 4 0/0. A Lille les pelades sont nombreuses (3 0/0 des maladies cutanées suivant Leloir). A Paris la proportion est également forte. A Lyon elle est plus faible, 0.6 0/0, et se rapproche des

chiffres donnés par les statistiques de Ulma à Hambourg, de Schweninger à Berlin, de Kaposi à Vienne.

La *fréquence relative* de la pelade nerveuse et parasitaire est appréciée très différemment par les dermatologistes. Ollivier considère la pelade contagieuse comme rare, il prétend même n'en avoir pas encore observé un seul cas. Leloir, sur 92 observations où il a pu établir une enquête suffisamment précise et prolongée, a noté 36 fois la pelade trophoneurotique, 21 fois la pelade parasitaire, et 35 fois une pelade qui n'était pas suffisamment caractérisée au point de vue nerveux ni au point de vue contagieux pour qu'on pût la ranger dans l'une ou l'autre catégorie.

Le *sexe* ne semble pas avoir une grande influence. Bulkley considère la pelade comme deux fois plus fréquente en général chez l'homme que chez la femme ; cependant pendant les vingt premières années de la vie les filles y seraient plus sujettes que les garçons.

La fréquence varierait aussi avec les différentes classes de la société, suivant Bulkley, qui en observe trois fois plus de cas dans la clientèle qu'à l'hôpital.

L'*âge* des malades a une influence certaine. Pour Dubreuilh la maladie atteint surtout les enfants. Pour Bulkley elle peut se développer depuis l'âge le plus tendre jusqu'au delà de 60 ans ; mais c'est de 20 à 30 ans qu'elle présente son maximum de fréquence, un tiers du nombre total des cas. Il est probable que la pelade parasitaire, comme toutes les affections de genre, favus, trichophytie... etc., est plus fréquente chez les enfants, tandis que la pelade nerveuse est au contraire plus fréquente chez les

adultes et en particulier chez les hommes de 20 à 30 ans, âge où les soucis de la vie agissent le plus fortement sur le système nerveux.

L'hérédité a été signalée dans un certain nombre d'observations sans qu'on puisse l'expliquer par une contagion même précoce ; cette hérédité est analogue dans ses caractères à celle des névroses (Chambard). Wilson cite dans une même famille deux sœurs, l'un de leurs oncles et le père de celui-ci comme ayant été atteints d'alopécie en aires. Scheerenberg a vu la coexistence de la pelade chez le frère et la sœur.

Le *tempérament nerveux* est noté dans presque tous les cas.

« Interrogez les peladés, dit M. Gaucher, interrogez leurs parents, s'il s'agit d'enfants, et vous apprendrez que ce sont tous des sujets nerveux, irritables, émotifs, impressionnables ; que ce sont parfois de véritables hystériques, sinon avec attaques, au moins avec phénomènes hystériformes plus ou moins frustes ».

Après avoir étudié les causes qui préparent le terrain à l'apparition de la pelade, passons maintenant en revue les causes déterminantes de la pelade nerveuse.

Le choc moral invoqué par Merklen, Kaposi, Ravaton, Rayer, Leloir, ... etc., semble être la condition étiologique la plus fréquente de cette variété de pelade. Sans discuter encore le mode d'action du choc moral, disons seulement avec Levêque et Leloir qu'il faut en distinguer deux variétés :

1° Les émotions morales, brusques, subites, violentes et de courte durée, véritables chocs moraux amenant

un ébranlement du système nerveux ; terreur vive chez un enfant à qui son père avait fait traverser la nuit le bois de Boulogne ; frayeur causée par l'effondrement d'un plancher, par la perte d'un enfant, par un coup de tonnerre ; chagrins violents causés par la mort d'un mari, la mort d'une « femme chérie », la perte d'une fortune..., etc. L'apparition de la pelade se fait alors soit dès le lendemain de l'accident, soit deux ou trois mois après, en moyenne de huit à quinze jours après ;

2° Les émotions morales prolongées et de longue durée : excès de travail, de travail intellectuel surtout chez les candidats aux concours, aux écoles, excès de fatigue, excès vénériens, surmenage de toute sorte, chagrins prolongés.

Cette influence de la commotion morale admise par presque tous les dermatologistes a été niée par Hebra, Neumann ; les observations où elle est citée au début de la pelade et en relation nette avec la production de cette maladie sont assez nombreuses pour que nous n'hésitions pas à nous ranger à l'avis de Leloir.

Schütz (de Francfort) a décrit des pelades spéciales d'origine traumatique qu'il fait rentrer dans les pelades nerveuses ; et, de fait, plusieurs de ses observations étant très caractéristiques, nous avons cru devoir les citer. Nous trouvons dans l'article de Dubreuilh un bon résumé du travail de Schütz :

« Dans ces cas, l'alopecie est survenue à la suite d'un traumatisme, coup ou écorchure ; elle débute alors autour de la plaie ou de la cicatrice, en s'accompagnant d'une sensation de brûlure ou de démangeaisons locali-

sées ou généralisées, mais sans rougeur ni œdème ni aucune modification de la peau. Elle offre, au début, la forme de traînées dirigées radialement vers la périphérie du cuir chevelu ; puis par leur agrandissement progressif et la fusion avec des traînées voisines, il se forme de grandes plaques alopéciques, de forme triangulaire, à sommet dirigé vers le haut de la tête ; elles sont souvent mal limitées et se confondent graduellement à la périphérie avec les parties saines. Après la première plaque qui débute au niveau du traumatisme, il peut s'en produire d'autres en divers points de la tête, mais affectant la même forme. Il peut même apparaître des plaques dans la barbe, caractérisées par leur forme irrégulière. On ne trouve pas à la surface des plaques des tronçons de cheveux cassés, mais à leur niveau ou dans leur voisinage immédiat, on peut trouver des cheveux atteints de trichoptilose. Schütz appuie ses descriptions sur six observations relatives presque toutes à des enfants nerveux du sexe masculin. Une seule est relative à un adulte. Il a constaté depuis que les blessures à la tête, qui sont si fréquentes dans les duels des étudiants allemands, sont souvent suivies d'alopecie temporaire dépassant largement les limites de la plaie ou de la cicatrice et offrant la même forme de traînées radiales ou de plaques triangulaires ».

On peut rapprocher de ces pelades nerveuses traumatiques, certaines alopecies congénitales survenues chez les enfants à la suite d'accouchement laborieux, de compression prolongée de la tête par les cuillères du forceps ou par un bassin rétréci.

La foudre (Cooper Todd), signalée dans plusieurs ob-

servations, agit tantôt par la frayeur qu'elle cause, tantôt par une action spécifique encore mal comprise.

Les névroses (hystérie, épilepsie, goître exophtalmique) peuvent être la cause de pelades dont le mode de production est analogue à celui des troubles trophiques observés dans ces maladies. Dans une observation de M. Babinski des plaques de pelade se produisent chez une petite fille hystérique aussitôt après chacune des attaques auxquelles celle-ci est sujette ; ces plaques alopeciques guérissent rapidement et se reproduisent fréquemment ; cette variété de pelade doit être rapprochée des troubles trophiques spéciaux que Féré a signalés à la suite des attaques chez les hystériques et qui consistent en une sécheresse particulière des cheveux qui se divisent à leur extrémité.

Féré a signalé à la suite des accès sériels ou isolés chez les épileptiques une chute des cheveux sous forme de plaques généralement multiples, assez régulièrement arrondies, atteignant à peu près d'emblée leurs dimensions définitives, ne présentant jamais aucune trace de congestion ou de lésions de grattage, ni d'altération de la peau ou des cheveux et guérissant spontanément en quelques semaines ou quelques mois. Ces pelades post-épileptiques doivent être rapprochées des changements de couleurs des cheveux survenant après les attaques et semblant liés surtout à leur sécheresse.

Les névrites périphériques (Leloir, Schutz), le tabes dorsalis (Leloir), les psychoses (Schütz), la paralysie faciale (Romberg), ont encore été signalés comme causes de pelade.

L'action de la syphilis a été discutée par Leloir.

« Un certain nombre des malades atteints de la peladoïde trophoneurotique étaient syphilitiques depuis plusieurs années. Cela tiendrait-il à la fréquence relative des affections nerveuses chez les syphilitiques et peut-être aux altérations des nerfs périphériques que l'on observe chez ces sujets, comme cela semblerait résulter des recherches du Dr Finger (de Vienne) ? Il faut, toutefois, ne pas oublier que la syphilis est une maladie bien répandue, et que peut-être il ne s'agit ici que d'une coïncidence fortuite. Ce qui pourrait venir à l'appui de cette opinion, c'est que plusieurs de mes peladiques de la classe 3 (pelade contagieuse) étaient en même temps d'anciens syphilitiques.

Dans un cas il m'a toutefois été donné d'observer l'apparition subite de plaques de pelade siégeant à la région occipitale et précédant de quelques jours une syphilis cérébrale des plus accentuées. M. Fournier a, si je m'en souviens bien, observé dans le temps un fait semblable. Dans ces deux observations, la peladoïde semble avoir été le premier symptôme de l'affection nerveuse. Elle doit être rangée à côté des dermatoses, mettant sur la voie d'une lésion nerveuse centrale ou périphérique qui, sans elles, serait passée inaperçue ou n'aurait été reconnue que plus tard, la peau jouant, dans ces circonstances, le rôle de miroir du système nerveux, ainsi que je l'ai montré dans mes recherches sur les affections cutanées d'origine nerveuse (1881-1884). Ces peladoïdes trophoneurotiques seraient, dans l'espèce, de véritables « dermatoneuroses indicatrices » comme je les appelle dans mes leçons. »

## CHAPITRE V

### Pathogénie.

La pelade est due à un trouble trophique cutané ; et cette assertion est vraie non seulement pour la pelade nerveuse, mais pour toutes les variétés de pelade, même parasitaire.

Alors même que le parasite, ou l'agent spécifique quelconque qui produit la pelade serait découvert, dit M. Balzer, on ne pourrait comprendre les altérations du poil qu'en en reportant l'action sur la papille pileuse elle-même, ou si l'on veut sur le nerf pileux, et c'est bien sur la partie vivante, sur la racine, que porte l'altération essentielle.

En effet l'anatomie pathologique nous montre dans la pelade des lésions atrophiques du derme et de l'épiderme comme du poil. « Il y a diminution de toutes les parties constituant le tégument, diminution d'épaisseur totale, trahie par l'affaissement de la peau, diminution de chacun de ses reliefs papillaires normaux et des cavités inter-papillaires. La papille s'est atténuée presque jusqu'à disparaître ; aussi ne marque-t-elle plus son empreinte à la base du poil. Ce poil lui-même cesse de vivre parce que sa papille cesse de le produire » (Sabouraud).

En résumé, atrophie du poil consécutive à une atrophie de la papille, telle est la lésion primordiale de la pelade.

Mais cette papille, centre trophique du poil, élément vasculaire et nerveux de la peau, est elle-même en relation par de nombreux filets nerveux avec les centres, et pour trouver la cause vraie de la pelade, il nous faut remonter plus haut que la papille et la chercher dans une altération dynamique ou organique du système nerveux central ou périphérique.

Leloir range la peladoïde trophoneurotique dans le groupe des dermatoneuroses glandulaires pilaires, en même temps que certaines variétés de canitie (vitiligo, troubles trophiques et décoloration des cheveux survenant à la suite des attaques chez les hystériques ; Falconi, Féré). Cette classification n'a du reste qu'une valeur descriptive et non pathogénique et ne nous fait rien connaître sur le processus pathologique qui préside à la production de la pelade. Celle-ci surviendrait comme toutes les dermatoneuroses 1° soit au cours de lésions organiques (*cum materia*) du système nerveux : lésions périphériques primitives, lésions des ganglions spinaux, lésions spinales ou encéphaliques secondaires à des altérations périphériques, lésions centrales primitives, lésions du grand sympathique ; 2° soit au cours de lésions dynamiques (*sine materia*) des nerfs périphériques, des ganglions rachidiens, de la moelle ou du cerveau consécutives à une altération primitive périphérique agissant par action réflexe, des centres nerveux (dermatoses par choc moral, folie, psychoses, hystérie), du grand sympathique. Mais cette classification n'est qu'un cadre vague qu'il serait nécessaire de remplir par des faits.

Le rôle du système nerveux dans les affections cutanées

n'est plus douteux aujourd'hui : déjà entrevu par Alibert (1860), Cazenove (1868), Axenfeld, il a été établi sur des bases solides par Charcot, Vulpian, Brown-Séquard, Weir Mitchell, Romberg, Paget, Hamilton, Rendu, Brocq. Mais ce qui est moins connu encore c'est le mode d'action du système nerveux dans la production des affections cutanées et en particulier de la pelade. Thomas Thomèsco, dans une thèse récente (*Étiologie générale des dermatoses*), a exposé et discuté les différentes théories émises pour l'expliquer. Elles peuvent se ramener à quatre :

1° **Théorie de l'irritabilité.** — On en trouve quelques idées dans Glisson (1672), dans Brown (1780). C'est surtout Virchow en 1858 qui a renouvelé et généralisé cette théorie. Pour lui l'irritabilité est l'acte indispensable de la vie, si elle fait défaut il ne peut y avoir ni développement ni nutrition de l'être vivant... Pour lui c'est directement sur la cellule que s'exerce l'irritabilité, tandis que pour Brown-Séquard elle agit sur les vaisseaux des tissus.

Depuis les travaux de Erb, Ziemssen, Eichart, Vulpian... cette théorie est de plus en plus abandonnée ; en effet si l'irritabilité existe, ou bien la cellule organique la possède en elle-même et alors nous sommes amenés au principe vital ou âme immatérielle de Stahl ; ou bien la cellule doit cette propriété d'irritation à une influence nerveuse et dans ce cas on tombe dans la théorie des nerfs trophiques de Samuel que nous allons voir.

2° **Théorie des nerfs trophiques.** — Samuel, 1860 (*Die trophischen nerven*, Leipzig) invente les nerfs trophiques, car leur existence n'a jamais été démontrée anatomiquement ni physiologiquement.

Une foule d'animaux qui occupent les derniers degrés de l'échelle zoologique, comme les polypes, les amibes, les protozoaires, etc... ne présentent aucune trace de système nerveux, *a fortiori* de nerfs trophiques et pourtant leur nutrition interne s'exécute comme chez un être supérieur.

L'embryogénie humaine nous apprend qu'au début de la vie quand le système nerveux n'est pas développé, la nutrition s'effectue très bien. Les végétaux n'ont pas de système nerveux, ils se développent et se nourrissent très bien pourtant.

« Tous les phénomènes qui apparaissent dans un être vivant retrouvent leurs lois en dehors de lui, de sorte qu'on pourrait dire que toutes les manifestations de la vie se composent de phénomènes empruntés, quant à leur nature, au monde cosmique extérieur ».

3° **Théorie vaso-motrice** (Théorie vaso-dilatatrice, ou hyperhémie neuro-paralytique de Schiff. Expérience de Cl. Bernard, 1851, section du cordon cervical chez le lapin). — On sait que l'excitation de certains nerfs provoque une dilatation vasculaire dite active, par opposition à celle dite passive produite en sectionnant le grand sympathique.

Quelques auteurs ont voulu rejeter complètement la théorie vaso-motrice en se basant sur les expériences qui prouvent qu'en sectionnant le grand sympathique cervical on ne produit pas de troubles trophiques. Pourtant Schröder, Van der Koch, de Legros en ont cité des exemples.

Cl. Bernard après avoir analysé le rôle du grand sym-

pathique (vaso-constricteur) et du système cérébro-spinal (vaso-dilatateur) conclut : « Voilà tout le mécanisme de l'influence nerveuse ; avec ces deux seuls modes d'action, resserrement ou dilatation des vaisseaux, le système nerveux gouverne tous les phénomènes chimiques de l'organisme ».

Weber, Virchow, Vulpian, rejettent cette théorie comme insuffisante. Elle n'a pas en effet un rôle absolu.

**4° Théorie par défaut d'action du système nerveux de Vulpian.** — « Les altérations qui se produisent dans les tissus sont des résultats des troubles de la nutrition dus à la diminution ou à l'abolition de l'action trophique des centres nerveux dans les différents tissus.

En somme aucune des théories précédentes ne peut expliquer d'une façon satisfaisante la pathogénie des affections cutanées.

Il est impossible d'admettre exclusivement telle ou telle théorie, mais leur ensemble ; et même alors on est embarrassé pour expliquer la pathogénie de certaines dermatoses, il faut donc avouer qu'il y a l'intervention de certains facteurs dont nous ignorons le mécanisme intime.

Un certain nombre d'auteurs ne se bornant pas à une étude générale de l'action sur le système nerveux ont tenté de reproduire la pelade expérimentale en déterminant des lésions artificielles du système nerveux. Nous emprunterons à l'article de M. Dubreuilh la description de ces expériences. Steinrech a montré que sur des lapins auxquels il avait fait la section du sciatique, les poils que l'on coupait sur le membre correspondant ne poussaient plus et tombaient en partie.

M. Joseph trouva que, chez le chat, l'excision du deuxième ganglion cervical (facilement accessible chez cet animal) ou la section du nerf immédiatement en dehors du ganglion déterminait, au bout d'une dizaine de jours en moyenne, la production de plaques d'alopecie dans le territoire du deuxième nerf cervical, des deux nerfs occipitaux et du nerf grand auriculaire. L'examen microscopique de la peau ainsi dénudée montra l'atrophie des follicules, cependant l'alopecie n'était pas définitive.

L'expérimentation chez le lapin fournit des résultats analogues.

Ces expériences firent grand bruit et furent regardées comme fournissant la démonstration complète de la nature trophonévrotique de la pelade.

Elles furent reprises et confirmées par Mibelli, qui observa aussi la production de plaques alopeciques dans des territoires nerveux fort éloignés de celui du nerf lésé.

Pontoppidan (de Copenhague) a tout récemment publié une observation qui paraît se rapprocher assez des expériences de M. Joseph.

Une fille de dix ans eut la veine jugulaire externe gauche blessée pendant l'extirpation d'un paquet ganglionnaire du cou. On arrêta le sang en bourrant la plaie avec de la gaze iodoformée trempée dans le sublimé. Une partie des tampons fut, du reste, enveloppée par les granulations et perdue dans la cicatrice. Aussitôt après l'opération, on nota du ptosis et du rétrécissement pupillaire à gauche; les jours suivants, mouvements choréiformes du bras gauche, surtout prononcés pendant le sommeil.

Le pansement ne fut renouvelé qu'au bout de trois se-

maines et l'on remarqua alors sur l'occiput deux plaques symétriques de pelade de la grandeur d'une pièce de deux francs, parfaitement circulaires, complètement glabres, blanches, lisses, bien limitées, autour desquelles les cheveux avaient perdu leur adhérence ; pas de troubles de la sensibilité. Pendant les semaines suivantes, d'autres plaques se montrèrent sur les deux pariétaux et, par leur confluence, amenèrent une alopécie totale des deux tiers postérieurs du cuir chevelu, dans tout le territoire des nerfs occipitaux, grand et petit, et de la branche postérieure du nerf auriculo-temporal des deux côtés. Bientôt les cheveux reparurent, d'abord fins et pâles et, au bout de quatre mois, la guérison était complète sans aucun traitement.

Behrend a neuf fois enlevé à des chats le deuxième ganglion cervical et n'a jamais rien produit qui ressemblât à de la pelade. Comme le fait remarquer Munk, le chiffre de neuf succès a une certaine valeur, surtout en matière de physiologie nerveuse où les résultats sont assez constants. Il pense que la chute des poils, dans les cas de Joseph, est souvent due à des complications secondaires, telles que des abcès, et cette hypothèse s'appuie sur certaines expériences de Max Joseph où l'on voit des abcès multiples se produire çà et là, parfois au niveau même des plaques et l'animal mourir finalement de pyohémie.

Actuellement, il est difficile de tirer des expériences de Joseph des conclusions précises. L'inconstance des résultats expérimentaux, la dissémination des lésions loin du territoire du nerf lésé rendent ces expériences très difficiles à interpréter et, comme dit Lassar, Joseph ne produit

pas plus la pelade par ses sections nerveuses que Cl. Bernard ne produisait le diabète par la piqûre du quatrième ventricule.

Enfin, comme le fait remarquer Th. Thomesco, la peau des animaux présentant une structure et une résistance spéciales n'est pas propre à ces sortes d'expériences.

## CHAPITRE VI

### Anatomie pathologique.

L'étude anatomo-pathologique comprend l'examen macroscopique et microscopique du poil et celui de la peau et de ses éléments au niveau de la plaque peladique.

Le poil est atrophié et cette atrophie va en augmentant depuis son extrémité libre jusqu'à sa racine de sorte que dans l'ensemble il représente une massue, un point d'exclamation (Sabouraud) ; il se rétrécit jusqu'à prendre l'apparence d'un fil (Besnier et Juhel Renoy). Le poil a de 4 à 7 millimètres de hauteur environ. Sa partie supérieure est foncée, sa partie inférieure est claire et tellement menue que, même à la loupe, on a peine à la voir.

Son extrémité adhérente est souvent recourbée en forme de crosse comme une racine de colza (Lailler) ; elle n'entraîne que fort rarement quelques débris de la gaine épithéliale lorsqu'on l'arrache. L'extrémité libre est souvent dissociée en forme de balai, quoique cette lésion soit ici moins fréquente et moins marquée que dans la trichophytie. Pour Duhring, cette dissociation est due à ce que « les principes nutritifs fournis par la papille n'étant plus suffisants pour l'alimentation du poil, c'est l'extrémité de la tige qui souffre le plus : les filaments constitutifs des cheveux perdent leur vivacité et tendent à se séparer ».

Examinons maintenant le cheveu sous le microscope ;

les détails de ses altérations morphologiques vont nous apparaître. La moelle du cheveu manque le plus souvent (Behrend, Juhel Renoy). L'extrémité supérieure est encore pigmentée mais les grains de pigment y sont disposés en amas fusiformes situés au centre du poil et allongés suivant sa longueur (Lailler).

Behrend a attiré l'attention sur une infiltration du cheveu par des bulles d'air qui a été retrouvée également par Kölliker et par Juhel Renoy, mais dont il a exagéré l'importance ; pour Behrend en effet cette infiltration due à un dessèchement de l'enveloppe du bulbe pileux serait le fait primitif et expliquerait l'atrophie et la chute du poil sans qu'on ait besoin de faire intervenir l'action trophique nerveuse ; mais Virchow croit que l'altération de la constitution et de la densité des cheveux est au contraire primitive et permet la pénétration de l'air dans les couches corticales.

L'extrémité inférieure du poil est diaphane et atrophiée ; la racine est effilée et se termine en pointe ; un peu au-dessus d'elle on observe un renflement informe et irrégulier connu sous le nom de renflement peladique du poil. Enfin le bulbe pileux, au lieu d'être concave et de présenter une excavation destinée à loger la papille du poil, est petit, rond, ou effilé.

Les cheveux épilés au début ne portent que cette seule altération (Sabouraud).

Le derme cutané présente une atrophie de l'appareil pileux. Duckworth et Harris « sur une plaque de pelade du cuir chevelu datant de quatre ans, et examinée après la mort ont trouvé les follicules pileux transformés en

cordons fibreux, s'enfonçant plus ou moins profondément dans le derme et entourés de cellules rondes ». Ce cas appartenait-il à une pelade nerveuse, les auteurs ne le disent pas ; nous ne pouvons donc accepter sans restriction les lésions qu'ils ont décrites.

D'autre part M. Balzer a examiné un petit fragment de la peau du pubis excisé chez un jeune homme atteint de pelade décalvante généralisée depuis 6 mois, variété clinique qui dans la plupart des cas serait d'origine tropho-neurotique.

Dans ce cas, l'examen histologique montra que cette alopecie n'était pas complète en réalité. Les follicules pileux étaient atrophiés et leurs gaines épithéliales externes étaient revenues sur elles-mêmes, festonnées et plissées comme des bourses vides. Mais au centre de chaque follicule pileux, on trouvait encore un poil mal développé, mince, fendillé, sans bulbe, sans cavité médullaire, mais enfin un poil. Les glandes sébacées et les autres parties de la peau étaient normales en apparence. Le poil n'atteignait pas l'orifice du follicule pileux.

En somme il n'y avait pas arrêt total du développement des poils, mais seulement un trouble profond dans leur évolution. L'alopecie n'était complète qu'en apparence. Dans tous les follicules pileux on constatait les traces de cet effort dans la rénovation du poil.

Ajoutons à cela pour être complet dans l'exposé des connaissances anatomo-pathologiques, deux examens de Leloir qui a recherché l'état des nerfs cutanés au niveau des plaques, et a constaté dans le premier cas, des lésions de névrite parenchymateuse ; dans le deuxième, l'intégrité

des nerfs ; cette intégrité doit se retrouver en effet dans tous les cas où la pelade est liée à une névrose telle que l'hystérie ou l'épilepsie. D'autre part l'altération des nerfs cutanés n'a pas l'importance que lui attribue Leloir, car à l'état normal Déjerine, Thomas Thomesco, Stricker ont constaté dans des cas très rares, il est vrai, des lésions névritiques.

## CHAPITRE VII

### Diagnostic.

Le diagnostic de la pelade nerveuse est le plus souvent facile à établir : l'apparition subite ou rapide, souvent à la suite d'un choc nerveux, de plaques d'alopécie, avec atrophie du derme et des bulbes pileux à leur niveau, l'absence de toute lésion inflammatoire, et de tout parasite constatable à l'examen microscopique du cheveu sont des signes assez caractéristiques pour la distinguer de la plupart des maladies du cuir chevelu.

La *trichophytie* se développe progressivement, ne donne pas lieu à des plaques lisses, éburnées, douces au toucher comme la pelade, mais à des plaques recouvertes de tronçons de cheveux rappelant l'apparence d'une barbe mal rasée ; le derme est rougeâtre, recouvert d'une substance d'aspect farineux. Les poils sont gros, bourrés de spores, entourés d'une gaine blanchâtre comparable à du givre, et se cassent lorsqu'on veut les arracher, au lieu que les poils peladiques s'arrachent avec facilité et montrent un bulbe atrophié, recourbé en crosse, une forme générale en massue. L'examen microscopique fait constater dans la teigne des spores de microsporon andouini ou de trichophyton tonsurans.

Dans certains cas le diagnostic est plus difficile avec la pelade parce que le cheveu peladique se brise lorsqu'on

l'arrache ; mais ces pelades à cheveux fragiles de B. Besnier, ne semblent pas rentrer dans la catégorie des pelades nerveuses ; nous ne les trouvons signalées dans aucune de nos observations.

Suivant Schütz le diagnostic serait parfois hésitant car la teigne faveuse pourrait évoluer en donnant lieu à des symptômes objectifs semblables à ceux de la pelade ; pour lui il existerait des cas intermédiaires entre la trichophytie et la pelade ; Barret, en s'appuyant sur les travaux de Hutchinson et de Crocker, a de plus cherché à établir que la pelade n'était qu'une trichophytie dont les éléments sommeillent à l'état latent ; mais ce sont là question de théorie et, en pratique, l'hésitation n'en sera pas de longue durée entre la teigne et la pelade.

Le *favus* en évolution ne peut être confondu avec la pelade : les croûtes jaunes formant un godet autour du poil, n'ont rien de commun avec la pelade. Mais le favus mal guéri entraîne des alopécies qui peuvent prêter à l'erreur : elles seront reconnues à leur aspect cicatriciel, nacré ou rougeâtre ; la peau est indurée, ne se laisse plus plisser entre les doigts, on n'y aperçoit plus les orifices des follicules pileux ; les quelques touffes de poils qui persistent sont normaux et plus souvent gros, forts, tordus. Enfin les commémoratifs, et parfois la découverte en un point d'un godet favique persistant et son examen microscopique compléteront le diagnostic.

Le *lupus érythémateux* du cuir chevelu est rare. Il détermine des plaques alopéciques à contours arrondis ou irréguliers, souvent bordés d'un liseré rose violet ; ces plaques déprimées, d'apparence cicatricielle, sont dou-

loureuses à la pression, recouvertes de squames écailleuses minces, très adhérentes. Leur apparition est lente. Enfin sur la face et particulièrement sur le nez et les joues, on retrouve souvent des plaques analogues.

La *sclérodermie en plaques* ou morphee du cuir chevelu, détermine généralement une alopécie complète ; parfois cependant quelques poils follets persistent. La plaque est irrégulière, cicatricielle, indurée, entourée d'un liseré violet et sillonnée de dilatations veineuses. Des plaques sclérodermiques existent souvent en même temps sur le tronc et les membres.

Le *vitiligo*, que Cazenave avait confondu à tort avec la pelade, ne détermine pas d'alopécie, mais de la canitie. Dans un certain nombre de cas on l'a vu coïncider avec la pelade, mais les deux maladies ont une évolution indépendante.

Les *alopécies des maladies infectieuses* (scarlatine, fièvre typhoïde, syphilis, etc.) et de certaines *inflammations locales* (érysipèle) se caractérisent par la chute des cheveux en grande quantité, sans douleurs, sur de grandes étendues du cuir chevelu ; l'alopécie est diffuse, en clairières suivant l'expression du professeur Fournier, comparable à une fourrure mangée aux vers, suivant Sabouraud ; le poil est atrophié, mais n'est ni moniliforme, ni infiltré de bulles d'air, ni cassé en balai (Darier).

L'*arthritisme* détermine une chute précoce des cheveux ; mais ce sont surtout les tempes, puis le vertex, le front et l'occiput qui se déplument et l'alopécie n'est jamais en clairières ; elle coïncide souvent avec des sueurs et de la séborrhée.

La *séborrhée* détermine une chute des cheveux ; mais celle-ci est diffuse ; le cuir chevelu est recouvert d'un enduit gras et de pellicules, et entre les cheveux longs et morts, on voit une multitude de cheveux jeunes et courts destinés à les remplacer.

Les *suppurations du cuir chevelu* (abcès, furoncles, impétigo) déterminent de petites plaques d'alopecie, multiples, entourées de cheveux normaux et sur lesquelles les cheveux repousseront ; si la suppuration a duré longtemps, elle peut être suivie d'une alopecie cicatricielle. Le diagnostic se fera par les commémoratifs.

Les blessures du cuir déterminent également la production d'une *cicatrice* qui pourrait à première vue passer pour de la pelade ; mais les commémoratifs, la forme linéaire ou en balafre de l'alopecie, la décoloration et l'aspect lisse et vernissé, les bords gaufrés permettront de l'en distinguer. Du reste le *traumatisme* peut, ainsi que Schütz l'a montré, déterminer autour de la cicatrice la production d'une plaque de pelade due à un trouble de nutrition réflexe des cheveux ; le centre de la plaque est alors d'apparence cicatricielle tandis que la périphérie présente l'aspect ordinaire de la pelade. Nous en rapprocherons les *usures occipitales* que certains enfants, le plus souvent à la suite de démangeaisons, produisent par le frottement continu de la tête sur l'oreiller ou sur le bras de la personne qui les porte.

L'*alopecie en aires congénitale*, dont on connaît deux cas, l'un rapporté par M. Tenneson dans son traité de dermatologie, l'autre publié à la Société de dermatologie, est fort rare et son diagnostic reposera sur les commémoratifs.

Le *monilethrix* est une anomalie congénitale, familiale et héréditaire ; ce n'est que fort rarement, lorsque le cheveu très fragile se rompt au niveau de sa base, qu'elle pourra être confondue avec la pelade ; l'aspect moniliforme du cheveu permettra de la distinguer.

Nous arrivons enfin à des alopécies dont le diagnostic avec la pelade nerveuse est fort difficile, et que M. Sabouraud fait, pour cette raison, rentrer dans la classe des fausses pelades.

La *folliculite décalvante* décrite par Quinquaud produit des plaques alopéciques, rondes ou irrégulières, blanches et d'aspect un peu cicatriciel au centre, mais leur évolution diffère de la pelade : le début se fait par un abcès du follicule du poil, causé par le staphylocoque doré et donnant lieu à une petite élevation rouge, conique, centrée par le poil ; celui-ci tombe ou s'arrache avec facilité ; les voisins sont atteints de la même manière et tombent. Tout autour de ceux-ci les poils sont atrophiés, en point d'exclamation, et tombent également ; leur aspect rappelle exactement celui des cheveux peladiques et la production de cette atrophie par trouble réflexe, d'origine infectieuse, rapproche la folliculite décalvante de la pelade nerveuse. Mais on retrouve au centre de la plaque alopécique une surface cicatricielle correspondant à la folliculite ; parfois des lésions analogues évoluent en un autre point du cuir chevelu et l'on retrouve à leur niveau soit de la folliculite pileaire, soit une croûte centrale sèche qui en est le dernier vestige.

Les *pseudopelades à évolution cicatricielle*, très analogues au point de vue objectif, se distinguent surtout par leur

évolution de la pelade nerveuse. Ce sont des folliculites chroniques, survenant chez des jeunes gens, avec une marche progressive, lente. Le poil malade extirpé est entouré au niveau de sa racine par une gaine grasse, hyaline, formée de cellules épidermiques ; la peau présente souvent des nodosités dures, peu volumineuses. La maladie se termine par une plaque glabre, cicatricielle. Un certain nombre de ces pseudo-pelades sont liées au favus.

Lorsque le diagnostic de pelade est établi, la tâche du clinicien n'est pas terminée et le plus difficile est encore à faire. Il est en effet nécessaire pour le pronostic et le traitement de savoir distinguer la pelade parasitaire contagieuse de la pelade nerveuse. Lorient pense que cette distinction ne peut être faite que dans des cas très rares et qu'on ne peut jamais « être assez certain du caractère non contagieux de l'affection pour qu'il soit permis de se dispenser de prendre des mesures en vue de mettre l'entourage du malade à l'abri d'une contamination possible ». Dubreuilh conclut avec Leloir que « le diagnostic est impossible entre les deux — ou plusieurs — formes de pelade ».

Cependant si ces auteurs ont raison dans la majorité des cas, nous croyons avec Ohmann-Dumesnil qu'il est parfois possible d'affirmer l'origine nerveuse de la pelade ; les caractères objectifs : forme, localisation, symétrie, mode d'extension de la plaque, ne seront que d'un faible secours pour faire ce diagnostic ; la notion de la non-contagion et la coexistence de troubles nerveux auront une valeur plus grande ; enfin la relation nette et immédiate entre les phénomènes nerveux, attaques hystériques, ou

épileptiques et l'apparition de plaques de pelade, telle que nous la voyons signalée dans notre observation I et dans celle de M. Féré (n<sup>os</sup> II et III), sera une preuve presque absolue de l'origine trophoneurotique de la pelade ; et dans ces cas, pas plus que MM. Babinski et Féré, nous ne croirons devoir instituer une prophylaxie sévère ni un traitement antiparasitaire.

## CHAPITRE VIII

### Pronostic.

La pelade nerveuse n'est pas une maladie grave ; elle ne cause aucune réaction générale, et ne nécessite pas, comme la pelade parasitaire, un isolement et des précautions spéciales. Mais c'est une maladie gênante, au point de vue esthétique surtout, et c'est par là qu'elle peut retentir sur le moral de ceux qui en sont atteints.

Le pronostic est variable pour les diverses formes. La pelade à plaques limitées et d'origine nerveuse indubitable guérit généralement avec facilité ; c'est ainsi que dans notre observation de pelade post-hystérique, nous voyons des cheveux jeunes remplacer aussitôt les cheveux tombés ; de même les pelades post-épileptiques de M. Féré étaient guéries, l'une au bout de deux mois, l'autre après sept mois. L'inconvénient de ces formes de pelades est surtout dans la fréquence de leurs récives. Mais il est des pelades nerveuses qui ne sont plus, comme celles-là, post-paroxystiques, et qui persistent plus longtemps, parfois même indéfiniment.

Enfin la pelade décalvante généralisée est souvent très tenace, et dans beaucoup d'observations, on la voit persister encore après huit ou dix ans. C'est par son étendue et sa durée la forme la plus gênante. Cependant, d'après M. Besnier, « il ne faut jamais renoncer absolument à

voir guérir une pelade, quelque ancienne et généralisée qu'elle puisse être ».

M. Sabouraud formule quelques règles pratiques pour le pronostic des pelades : 1° Le médecin ne doit indiquer aucune échéance probable de guérison, tant que l'épilation aux doigts amène encore des cheveux morts ;

2° Il peut formuler une opinion plus rassurante dès que les follets de repousse apparaissent, même à la loupe seulement, sur toute la surface décalvée ;

3° Les pelades les plus tenaces sont celles dans lesquelles la plaque chauve occupe la bordure des cheveux ; et cette règle est surtout vraie pour les pelades de la nuque, ce que Vidal attribuait à une influence nerveuse ;

4° Les pelades à plaques limitées, mais dans lesquelles l'influence décalvante existe sur toute la surface du cuir chevelu, sont d'un pronostic plus réservé.

M. Sabouraud conclut que « les allures morbides de la pelade sont extrêmement variables d'un cas à l'autre, et qu'il n'y a aucun moyen connu de distinguer sûrement dès le début une pelade grave d'une pelade bénigne ».

Cette conclusion est également vraie pour la pelade nerveuse, et, à part les quelques réserves que nous avons formulées au début, on devra toujours se garder de donner au malade qui vient consulter un pronostic trop affirmatif.

## CHAPITRE IX

### Traitement.

La *prophylaxie* ne semble pas avoir sa place dans le traitement de la pelade nerveuse. C'est ainsi qu'Ollivier, partisan radical de la théorie nerveuse de la pelade, demandait, dans sa communication à l'Académie de médecine, en 1888, qu'on ne fit aucune difficulté pour recevoir à l'école les enfants atteints de pelade. MM. Leloir et Besnier se sont élevés contre cet excès de liberté ; en effet la pelade infantile étant le plus souvent de nature parasitaire il est logique de prendre des mesures prophylactiques rigoureuses. Mais lorsque la pelade est d'origine nerveuse, il faut encore distinguer deux cas : si la nature tropho-neurotique est nettement démontrée, toute prophylaxie est inutile ; tout au plus pourra-t-on, à titre de mesure de propreté, lorsque le sujet qui vient consulter laisse à désirer à cet égard, recommander les savonnages quotidiens du cuir chevelu.

Si l'origine nerveuse est incertaine, malgré qu'on ne puisse retrouver aucune trace de contagion, on se comportera comme dans la pelade parasitaire et l'on formulera les mesures sévères prescrites par M. Besnier.

Le *traitement curatif* devra s'adresser à l'état général dont la pelade nerveuse n'est qu'une manifestation, et à l'état local. Le *traitement général* a ici une importance

beaucoup plus grande que dans la pelade parasitaire. Il variera suivant la nature des troubles nerveux primitifs.

Lorsque l'épilepsie est en cause, la bromuration continue à la dose de 5 à 6 grammes par jour permettra d'éloigner les accès et par suite les rechutes de pelade.

Lorsque l'hystérie est la cause première, on aura recours aux moyens habituellement employés dans cette névrose : hydrothérapie, électrothérapie, parfois suggestion sous le sommeil hypnotique, et même isolement lorsque les symptômes concomitants d'hystérie seront assez graves et persistants pour nécessiter ce moyen de traitement.

Dans la majorité des cas, lorsque l'état névropathique ne pourra être rattaché d'une manière absolue à aucune névrose on prescrira les douches froides, les douches obliques tièdes sur le rachis (Vidal), l'exercice modéré, les frictions sèches, les bains électriques, auxquels on ajoutera un régime tonique destiné à modifier l'état du système nerveux.

Le *traitement local* tout en reposant sur une base différente du traitement de la pelade parasitaire se confond en partie avec celui-ci, car dans les deux cas ce sont les frictions excitantes du cuir chevelu qui donnent les meilleurs résultats. L'épilation, les lotions antiparasitaires seront laissées de côté. L'excitation des plaques dénudées sera faite au moyen de lotions à base d'alcool contenant de l'ammoniaque, du baume de Fioraventi, des teintures de romarin, de pyrethre, de cantharide, des acides acétique, phénique, salicylique, du sublimé... etc.

Sur la plaque elle-même on a conseillé d'appliquer des

topiques, tels que : iode, collodion iodé, essence de Wintergreen, teinture de cannelle, pommades à la pilocarpine, à la vératrine (Bulkley, Schütz), acide acétique pur, acide phénique au 1/10... etc. M. Besnier recommande l'application au pinceau, tous les 3 ou 4 jours, du mélange suivant.

|                                     |       |         |
|-------------------------------------|-------|---------|
| Acide acétique cristallisé. . . . . | 1 à 3 | grammes |
| Chloral . . . . .                   | 3     | —       |
| Ether officinal . . . . .           | 30    | —       |

M. Sabouraud fait faire : 1° tous les deux jours sur la plaque une friction avec une boulette d'ouate hydrophile imprégnée du mélange suivant :

|                                       |       |         |
|---------------------------------------|-------|---------|
| Vésicatoire liquide de Bédet. . . . . | 1     | partie  |
| Chloroforme. . . . .                  | 3 à 4 | parties |

et aussitôt après le liquide resté sur la plaque sera étanché avec une autre boulette d'ouate sèche (Vidal) ; 2° tous les matins, une friction de la totalité du cuir chevelu sain avec la lotion suivante :

|                                   |     |         |
|-----------------------------------|-----|---------|
| Alcool camphré . . . . .          | 125 | grammes |
| Essence de térébenthine . . . . . | 25  | »       |
| Ammoniaque liquide . . . . .      | 5   | »       |

(Lotion excitante de l'hôpital St-Louis).

Le malade doit de plus faire la même friction sur les sourcils et sur la barbe.

Horaud détermine la vésication au moyen de rondelles d'amadou imbibées d'huile de croton. Vidal, Schachmann conseillent les vésicatoires volants répétés.

L'électricité a été souvent employée sous forme de courants galvaniques ou faradiques avec des résultats variables. M. Besnier dit n'avoir jamais obtenu aucun résultat

quel que soit le mode d'application. Leloir, Manasséine ont obtenu des guérisons avec les courants continus. Schütz les considère comme un excellent moyen de traitement dans les pelades nerveuses. « Une grande électrode positive indifférente était placée à la nuque, puis une petite électrode négative de 5 centimètres de diamètre était appliquée sur les plaques glabres. Il faisait passer un courant de 4 milliampères pendant cinq minutes sur chaque plaque. Dans une de ses observations une partie des plaques seulement fut électrisée et guérit en quelques mois, alors qu'il n'y avait pas encore trace de repousse sur les autres ».

En résumé, 1° dans les pelades nettement trophoneurotiques : traitement général approprié à la cause ; et lotions excitantes ou électricité qui agissent surtout par suggestion.

2° Dans les pelades dont l'origine trophoneurotique est douteuse : prophylaxie, lotions et applications topiques excitantes.

3° Dans les pelades décalvantes généralisées, traitement par des applications excitantes qui devra être répété plusieurs fois en un même point, malgré les échecs, car lorsqu'un premier lot de repousse a pu être constitué, il s'étend ensuite comme une tache d'huile.

---

## OBSERVATIONS

Nous avons cherché à réunir les observations qui nous ont semblé les plus typiques, les plus propres à prouver l'existence de ces pelades nerveuses ; nous en avons trouvé un grand nombre de citées dans les travaux de Lorient, Leloir, Dubreuilh, Schütz ; mais comme toutes ne nous semblaient pas également convaincantes, nous en avons éliminé un certain nombre et nous avons partagé le reste en deux groupes, le premier composé d'observations recueillies avec soin, d'une façon complète, et qui ne nous semblent point prêter le flanc à la critique ; le deuxième composé d'observations qui nous ont été surtout utiles, non pour établir la réalité de la pelade nerveuse, mais pour en étudier les caractères et les symptômes les plus habituels.

### 1<sup>er</sup> groupe.

OBSERVATION I. — *Astasie, anorexie et aboiement hystériques. — Chute des cheveux* (Observation communiquée par M. le D<sup>r</sup> BABINSKI).

Renée Bochenski, 14 ans, entrée le 26 juillet 1895, salle Grisolle.

*Antécédents héréditaires.* — Le père et la mère de la malade âgés respectivement de 38 et 37 ans sont en bonne santé. Un frère âgé de 9 ans se porte bien. Quatre frères et sœur sont morts de méningite en bas âge ; un frère est mort du croup.

*Antécédents personnels.* — On ne relève dans sa première enfance qu'une fièvre muqueuse à 3 ans et une angine à 5 ans ; elle aurait eu à 11 ans une attaque de méningite.

Elle raconte qu'à l'âge de 13 ans elle a été atteinte de troubles trophiques du cuir chevelu : à la suite de crises de nerfs frustes qu'il lui est impossible de décrire aujourd'hui, ses cheveux tombaient en quantité considérable, donnant lieu à la production de plaques chauves circulaires qui rappelaient par leur forme et leur aspect les plaques de pelade ; ces plaques se formaient tout à coup, du jour au lendemain, mais les cheveux y repoussaient rapidement. Depuis quelque temps, ses jambes s'affaiblissaient d'une façon progressive, et au moment de son entrée à l'hôpital, elle ne pouvait marcher, et ne se tenait debout qu'à la condition d'être vigoureusement soutenue.

Vingt jours avant son entrée, elle fut prise brusquement en mangeant d'une sorte d'aboiement, caractérisé par la production de bruits laryngés intenses, continuels, qui se reproduisent toutes les trente ou quarante secondes et l'empêchent de dormir ainsi que ses voisines. De plus elle refuse toute nourriture. Cet aboiement a persisté avec les mêmes caractères jusqu'à son entrée à l'hôpital.

*Examen* (26 juillet 1895). — On constate trois larges plaques absolument dépourvues de cheveux, siégeant l'une dans la région temporale droite, l'autre dans la région frontale, la dernière dans la région occipitale et de la nuque ; ces plaques ont une forme irrégulière ; le cuir chevelu y présente un aspect normal, sans trace d'éruption, de desquamation, ni de cicatrice ; on n'y observe pas de troubles de sensibilité.

Du côté des membres inférieurs, la malade présente une sorte de paraplégie incomplète avec déviation de la hanche qui fait paraître une jambe plus courte que l'autre et simule assez bien la coxalgie. Lorsque la malade est debout, elle se place dans l'attitude suivante : la jambe droite est à demi fléchie sur la cuisse ; le genou droit se trouve à 20 centimètres environ au-dessus du genou gauche ; la crête iliaque droite est à 8 ou 10 centimètres environ au dessus de la crête iliaque du côté opposé ; le grand trochanter droit fait saillie en dehors. Le tronc est incliné à gauche ; la colonne vertébrale présente une double courbure : une inférieure dans la région lombaire à concavité tournée à gauche ; l'autre supérieure dorso-cervicale à concavité tournée à droite. En secouant la malade, en l'électrisant avec des courants fa-

radiques et galvaniques, on arrive à modifier cette attitude d'une manière transitoire, et la malade peut rester quelques instants dans une attitude à peu près normale.

Lorsque la malade marche, voici ce que l'on observe : la flexion de la jambe sur la cuisse s'opère d'une manière plus complète à droite qu'à gauche; la flexion de la cuisse sur le bassin s'opère aussi plus facilement à droite. La malade boite et cette claudication paraît due principalement à ce que les mouvements de la cuisse sur le bassin ne s'exécutent pas normalement; on a cette impression que le fonctionnement de l'articulation coxo-fémorale gauche laisse à désirer. D'autre part la malade incline notablement le tronc du côté gauche à chaque mouvement du membre inférieur gauche en avant.

Lorsque la malade est dans la position horizontale, on peut s'assurer facilement que l'articulation coxo-fémorale gauche est libre et que les mouvements d'abduction, de rotation et d'adduction s'exécutent aussi bien à gauche qu'à droite.

La malade a beaucoup maigri; elle a de la dysphagie et du dégoût pour toute espèce d'aliments. L'affaiblissement général est très prononcé; pas de troubles de sensibilité cutanée, ni sensorielle.

Le sommeil hypnotique a pu être provoqué chez cette malade; toutefois elle est éminemment suggestible, et après une séance de suggestion à l'état de veille et de faradisation de la région cervicale antérieure les bruits laryngés cessent complètement et définitivement.

Les troubles de la marche ont persisté plus longtemps, mais ont enfin disparu sous l'influence du traitement par l'électrisation des muscles de la hanche, et l'éducation de la marche. L'anorexie s'est atténuée et a disparu progressivement, ne persistant complète que pour la viande, de sorte que la malade a pu se nourrir et son poids a été en augmentant. Alors qu'elle ne pesait le 30 juillet 1895 que 30 kil. 250, on a pu noter successivement : le 11 août 31 kil. 250; le 19 septembre 32 kil. 300; le 20 novembre 35 kilogs; le 7 décembre 35 kil. 200.

Enfin les cheveux ont repoussé au niveau des plaques de pelade, et il est impossible actuellement (24 janvier 1896) de constater la plus petite trace de l'alopecie dont elle a été atteinte.

OBSERVATION II. — *Pelade post-épileptique* (FÉRÉ, *Iconographie de la Salpêtrière*).

Un épileptique de 32 ans a des attaques convulsives et des vertiges depuis l'âge de 13 ans. Les attaques se reproduisent environ une fois par semaine et les vertiges un peu plus souvent.

Depuis 4 ans qu'il est soumis à la bromuration progressive (il prend aujourd'hui 10 grammes de bromure de potassium par jour) les vertiges ont à peu près complètement disparu et les attaques sont devenues moins fréquentes, il lui arrive d'être tranquille pendant 2, 3 et 4 mois.

Cependant le bénéfice est moins considérable que le malade lui-même ne l'imagine, parce que les attaques qui autrefois étaient isolées se montrent maintenant par séries de 2 ou 3, qui laissent en général après elles un abattement considérable qui dure 2 ou 3 jours et incomparablement plus profond que celui qui suivait les attaques isolées.

Il n'y avait eu aucun accès depuis le 26 mars 1891, lorsque le 30 juillet, il eut à une heure d'intervalle deux accès convulsifs très violents à la suite desquels il a dû rester couché.

Deux autres accès se produisirent dans la nuit suivante. Le malade, bien que plus abattu que d'ordinaire, s'alimentait : on s'occupa de lui d'une façon à peu près constante pendant 2 jours, et il est bien certain qu'à ce moment ses cheveux, coupés d'ailleurs très courts, ne manquaient en aucun point. Le 2 août au matin, le malade trouva son oreiller jonché de poils, et il constata l'existence de plaques dénudées qui étaient le siège d'une très légère démangeaison.

Ces plaques étaient au nombre de quatre, trois dans la région pariéto-occipitale gauche et une plus grande un peu à droite du tourbillon des cheveux. Ces plaques étaient absolument blanches et régulièrement arrondies, il n'y restait aucune trace de poils, la pression n'y déterminait aucune empreinte. A leur limite, les cheveux semblaient absolument sains ; ils étaient réguliers, sans aucune altération de coloration, ne se laissaient pas arracher. La démangeaison a disparu au bout de peu de jours. Pas d'œdème du cuir chevelu.

Le 18 août, on a commencé à voir de petits poils se montrer uniformément sur toute l'étendue des plaques, excepté sur la plaque du

côté droit la plus grande (2 mm. sur 26) où ils sont manifestement plus visibles au centre qu'à la périphérie.

Depuis cette époque les poils ont repoussé graduellement avec leur couleur.

Il est complètement impossible au commencement d'octobre, lorsque tous les cheveux venaient d'être coupés, de distinguer l'ancien emplacement des plaques.

Depuis lors le malade a encore eu 2 séries de 3 crises, mais la chute des cheveux ne s'est plus reproduite.

OBSERVATION III. — *Pelade post-épileptique* (FÉRÉ, *Iconographie de la Salpêtrière*).

D..., 28 ans, est à Bicêtre depuis 1883, il est épileptique depuis l'âge de 13 ans, il avait eu des convulsions dans l'enfance comme ses huit frères. Il a des attaques et des vertiges. Sous l'influence de la bromuration progressive les paroxysmes ont diminué notablement.

Dans la nuit du 15 au 16 décembre 1894, il a eu quatre accès consécutifs, n'en ayant pas eu depuis quatre semaines. Dès le lendemain on remarqua que les cheveux tombaient, et au bout de deux jours le cuir chevelu avait pris l'aspect qu'il devait garder pendant plusieurs semaines.

On pouvait compter sur toute l'étendue du cuir chevelu plus de 50 plaques dénudées. La plupart avaient l'étendue d'une pièce de 50 centimes ou 1 franc. Elles étaient en général irrégulièrement arrondies et disséminées sans ordre. A la partie postérieure et à droite on voyait 3 ou 4 plaques conglomérées à forme circulaire ; sur la région fronto-pariétale vers la droite de la ligne médiane, il existait une plaque dénudée beaucoup plus étendue ayant 6 centimètres dans le sens antéro-postérieur et 4 cent. 1/2 dans le sens transversal.

Toutes ces plaques avaient un aspect uniforme, sans trace de poils, la peau lisse, saine, sans trace de grattage ni d'œdème. Elles n'étaient le siège d'aucune sensation morbide, la sensibilité normale, sur la limite des plaques les poils absolument normaux et leur implantation solide.

Dans les deux jours qui suivirent, les plaques s'étendirent légèrement pour rester stationnaires.

Le 21 février, on constatait que les plus petites plaques étaient couvertes de petits poils fins sur toute leur étendue, on n'en apercevait que quelques-uns sur les plaques moyennes et aucun sur la grande plaque frontale. Les plus petites plaques se sont comblées au cours du mois de mars.

Dans le mois suivant, les plaques conglomérées et les plaques qui avaient primitivement la dimension de 1 franc se sont garnies de poils d'abord pâles puis foncés.

Le 30 mai toutes les plaques ont disparu et il est impossible de distinguer leur position par la couleur des cheveux.

La plaque frontale disparaît enfin à la fin de juin.

OBSERVATION IV. — *Alopécie complète à la suite d'une frayeur* (Observation de FREDET fils, in art. de DUBREUILH).

La jeune R., 17 ans, vaquait avec sa mère aux soins du ménage, lorsque subitement le plancher de la chambre s'effondra. La mère a le temps de se précipiter dans l'escalier. R... se cramponne à la traverse de la fenêtre et y reste suspendue par les mains jusqu'à ce qu'on vienne la délivrer avec une échelle.

Il n'y a pas de troubles immédiats ; mais la nuit suivante elle éprouve des maux de tête, des sensations de froid, des cauchemars.

Le lendemain 31 mars, on note de la faiblesse dans les jambes, quelques mouvements convulsifs dans les doigts, des démangeaisons du cuir chevelu.

Le 1<sup>er</sup> avril la démangeaison persiste et les cheveux commencent à tomber, de telle sorte que le 4 avril il ne lui restait plus un cheveu sur la tête.

Dès le 2 avril les poils du reste du corps commencent à tomber et l'alopécie est complète à ce point que même à la loupe on ne trouve plus trace de poils.

Malgré tous les traitements employés l'état restait le même deux ans après.

OBSERVATION V. — Observation de LÉLOIR. — In art. de DUBREUILH.

Mme X..., 44 ans, très nerveuse, sujette aux migraines, aux névralgies, etc..., se promenait avec son enfant âgé de 6 ans sur les falaises. L'enfant lui échappe et se perd dans les falaises pendant 3 heures. Sa mère pense qu'il s'est tué. Le soir même elle éprouve des douleurs névralgiques atroces au niveau de la région occipitale et de la région temporale droite. Ces névralgies durent six jours. Le 6<sup>e</sup> jour, sensation d'ardeur, de picotements au niveau des régions occipitale et temporale droites. Cette hyperesthésie persiste et le dixième jour après ce choc moral, la femme de chambre de cette dame qui la coiffe tous les jours constate une plaque de pelade sur la région temporale droite. Mme X... vient me consulter le jour même. Quelques jours après je constatai deux plaques de pelade sur la région occipitale. Un an après en 1886, alors que guérie depuis quelques semaines de sa pelade, j'allais lui permettre d'abandonner le traitement, nouveau choc moral (scène très violente avec son mari), névralgies, etc., et cinq jours après apparition d'une plaque de pelade sur la région occipitale. Je la guéris encore. Cinq mois après, des revers de fortune émotionnent encore cette dame. Huit jours après ce nouveau choc moral elle me revient encore avec une plaque de pelade.

OBSERVATION VI (Thèse de LORIOU).

M. D..., 41 ans, passementière.

Le père est mort d'une fluxion de poitrine.

La mère est atteinte de goutte, polyarthrite déformante.

Elle a eu déjà quelques légères atteintes de rhumatisme, une fièvre continue et une fluxion de poitrine. Elle est très nerveuse, elle a eu des hémoptysies fréquentes pendant deux années. Autrefois elle avait de violentes attaques de nerfs qui semblent être de véritables attaques d'hystérie. Actuellement ces crises nerveuses ne se renouvellent plus que quatre ou cinq fois par an.

La malade a des maux de tête très violents qui persistent quelques jours et se renouvellent trois ou quatre fois par mois. Dans l'intervalle, la douleur se calme mais ne disparaît jamais complètement.

Elle raconte qu'autrefois, il se faisait, au moment de ses névralgies, une véritable éruption de bulles au niveau de la région occipitale ; cette éruption était excessivement douloureuse, une fois achevée les douleurs se calmaient.

Le début remonte à trois mois, sans contagion connue. Actuellement il existe une grande plaque demi-circulaire mesurant environ six centimètres, et siégeant à la région occipitale, à l'endroit qui autrefois était le siège de son éruption bulleuse. Il existe une autre plaque plus petite située près de l'oreille droite.

Tout le cuir chevelu présente un peu d'anesthésie. Au niveau des plaques de pelade, il y aurait au contraire une légère hyperesthésie.

Pendant les trois mois qui se sont écoulés depuis le début de la pelade elle n'a observé aucun cas de contagion dans sa famille, l'affection reste à peu près stationnaire.

Longtemps elle a essayé diverses préparations qui n'ont pas donné de résultats ; elle est en traitement depuis quelques jours seulement.

L'auteur fait suivre l'observation des réflexions suivantes :

« Cette observation nous montre un cas de pelade chez une hystérique avérée ; ces attaques de nerfs, ces hémoptysies ne nous permettent pas d'avoir un doute à cet égard. De plus ces éruptions bulleuses dont la malade nous parle ne doivent-elles pas être rapprochées de ces éruptions qu'on observe parfois chez des personnes dans les mêmes conditions ? L'alopecie s'est produite au même siège, et nous devons penser que son origine ne peut être que commune avec celle de ces éruptions ».

OBSERVATION VII. — *Alopecie en aires par trophonévrose*  
(Soc. de dermat. de St-Petersbourg, 27 nov. 1893).

M. Manasséine a présenté à la Société de dermatologie de St-Petersbourg, 28 mars 1892, un malade qu'il a pu suivre de près :

Jeune homme bien portant, s'est aperçu de la chute des cheveux sur la moitié droite de la tête, en juin 1891. Le même fait s'était déjà produit en juin 1888 et avait cédé au traitement oléopathe (?). En mars 1892, douze plaques de pelade sur le cuir chevelu. En janvier 1893,

chute des poils de la barbe des deux côtés ; en février, chute des cils ; en mars, plaques de pelade sur la cuisse droite.

Comme antécédents collatéraux, deux cousins atteints de la même affection. Toutes les applications locales sont restées sans résultats ; il en a été de même pour les courants interrompus et les frictions à l'extrait alcoolique de pilocarpine. Manasséine conseille le traitement par les courants continus, et après deux ans, les plaques de pelade sont guéries en majeure partie, les autres en voie de guérison.

Le traitement efficace par les courants continus confirme d'après Manasséine l'hypothèse de trophonévrose, et il rejette l'idée d'une affection contagieuse en se basant sur le fait suivant : ayant rasé les cheveux du malade, le rapporteur et un de ses collègues les ont mis dans leurs bonnets de nuit et ont dormi ainsi ; ni lui ni son collègue n'ont contracté la pelade.

OBSERVATION VIII. — Observation de ARAGO (in art. de DUBREUILH).

M. R... reçut plusieurs blessures à la tête, et raconte que lorsque le lendemain il voulut se raser il trouva « que la barbe ne se coupait pas, qu'elle s'arrachait sous l'action du rasoir. Depuis ce jour elle a totalement disparu. Les cheveux, les cils, les sourcils et tous les poils du corps tombèrent successivement. Depuis lors, dit-il, je suis resté entièrement épilé. Pendant l'année 1813, les ongles des mains s'en allaient par écailles, ceux des pieds n'éprouvèrent aucun changement visible ».

OBSERVATION IX. — Obs. de TYSON (in art. de DUBREUILH).

Un cordonnier, 44 ans, qui dormait une nuit dans les combles d'une maison fut réveillé en sursaut par un violent coup de tonnerre.

Deux ou trois jours après ses cheveux commencent à tomber et en deux semaines il perd tous les poils du corps et de plus les ongles des pouces et des gros orteils. Sept ans après les poils n'avaient pas repoussé.

OBSERVATION X (SCHUTZ).

I. — Enfant faible, peu développé, mais autrement bien portant, âgé de 8 ans.

L'alopecie, située sur le derrière de la tête, date de juillet 1886.

Elle est attribuée avec beaucoup de précision à une plaie en forme d'X produite par le ciseau du coiffeur. La plaie mit 8 jours à guérir. Aussitôt après, en une semaine, sans prodromes nerveux, tous les cheveux tombèrent à partir de cette plaie jusqu'au bas de la tête. La calvitie, en forme de longue trainée, s'étendit insensiblement, tellement que quand je vis l'enfant, elle devait avoir le double de largeur de ce qu'elle avait au début. En même temps, les cheveux de la partie antérieure de la tête s'éclaircirent.

Je trouvai le 12 février 1887, à gauche sous le vertex, une cicatrice ronde de 3 millimètres, blanche et brillante, mobile, incolore à la pression, et spontanément.

A partir de ce point et s'étendant en bas et en dehors, en forme de triangle se trouvait une plaque alopecique de 9 c. 5 de long et 4 de large. Elle est mal limitée par une zone où les cheveux sont clairs. Au niveau de la plaque de calvitie la peau est blanche, brillante, pas atrophiée ni affaissée.

Pas de troubles de sensibilité cutanée faradique, de la sensibilité au contact à la douleur, ni troubles des réactions vasculaires aux excitations mécaniques ou chimiques.

Dans la partie antérieure de la tête, il y a en plus grand nombre que dans la plaque d'alopecie, des cheveux minces, très fins, de 1 à 1 cm. 5 de hauteur, avec pointe sombre, épaisse, en forme de bouton.

Les cheveux tiennent bien en général. Ceux-ci cependant sont plus facilement arrachés et sans douleur, mais non sans résistance. Dans le reste de la tête, cuir chevelu et cheveux normaux. Pas de pityriasis, ni de rougeur. Beaucoup de cheveux présentent au microscope de l'atrophie et de la trichorrhéxis nodosa.

Sous l'influence du traitement, d'abord la chute des cheveux augmenta et envahit le côté gauche de la tête et la partie antérieure (fig. I b.).

Après 7 semaines de traitement, il repoussa de jeunes cheveux.

Le traitement fut un traitement tonique, et des frictions d'eau salée froide sur tout le corps, et trois fois par semaine la galvanisation (courant continu d'environ 4 M. A. (Rhéostat). Electrode indifférente comme Anode ( $10 \times 5$  cm.) dans la nuque, Cathode ( $15 \times 5$  cm.) sur les parties chauves, déplacées toutes les 5 minutes pendant 20 minutes. Actuellement, il est guéri.

#### OBSERVATION XI (SCHUTZ).

II. — Enfant de 12 ans.

En été 1886, le malade tomba au jeu de barres, sur le côté droit du front. Perte de connaissance de quelques minutes. Puis il put rentrer seul chez lui. Vomissements répétés le lendemain.

14 jours après la blessure, chute des cheveux en trainée au côté droit du front, et un mois après au côté gauche de la tête. Puis chute en arrière. D'abord l'alopecie était en trainée, puis elle devenait triangulaire avec large base périphérique.

Le malade est un enfant nerveux, souffre depuis 1 an  $1/2$  de Chorea magna.

Délimitation peu nette des plaques ; la première, située au-dessus de la tubérosité frontale droite, montre quelques cheveux en duvet dans un espace transversal. Cuir chevelu normal. Pas de moignons de cheveux.

Dans la plaque d'alopecie, sur l'os pariétal droit, une cicatrice blanche, mobile, de 3 mm. de diamètre, juste à l'endroit de la chute. Les bords sont recouverts de beaucoup de cheveux, qu'on arrache facilement sans douleur. Au microscope, bulbes atrophiés, pointus, élargissement fusiforme de l'espace médullaire, substance corticale creusée, sensibilité, et autres réactions normales. Même thérapeutique.

Les trois plaques du derrière de la tête ne furent pas soumises au début à la galvanisation.

Suspension plusieurs fois pendant 8 jours du traitement externe à cause de poussées eczémateuses.

Régénération plus lente que dans le 1<sup>er</sup> cas.

14/1 88, à droite, poussée de jeunes cheveux. Au commencement de février, à gauche la même chose.

12/5 88, toutes les parties galvanisées étaient recouvertes de cheveux et seulement les trois plaques non galvanisées étaient chauves.

18/5 88, on les galvanise. Seulement 22/9, poussée de cheveux. Suspension alors du traitement galvanique. Seulement lavages et frictions. 1/12 88, abondants cheveux fins sur deux des plaques postérieures. Le reste de la tête, complètement tondu, est abondamment pourvu de cheveux. Seulement la petite cicatrice à droite a un espace plus clair de 1/2 cm. de diamètre. Amélioration de l'état général pendant le traitement. Disparition complète des symptômes de chorée en 8 semaines. Guérison à la fin de l'année 1888.

#### OBSERVATION XII (ARCHAMBAULT).

Le nommé D.... 47 ans, pointeur à la gare du Midi, se présente à la clinique des affections cutanées de l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 10 mars 1890. Il vient consulter pour une affection du cuir chevelu, consistant dans la chute de ses cheveux par plaques de grandeurs variables, sans aucune lésion de la peau.

Aucun membre de sa famille n'a eu d'affection semblable ; il a des frères et des sœurs qui se portent bien. Sa mère est morte à 51 ans de tuberculose pulmonaire, son père à 71 ans d'un cancer.

A quinze ans, D... est tombé par accident d'un premier étage ; il est resté trois jours, sans connaissance. Quand il est revenu à lui il ne se souvenait pas de ce qui lui était arrivé. Quelque temps après une simple chute de sa hauteur lui fit perdre connaissance pendant deux jours et il présenta les mêmes symptômes de perte de la mémoire des faits. Il a été soldat en Afrique pendant sept ans, il a eu des fièvres intermittentes pendant deux ans, de la cachexie palustre, son teint était jaune, son ventre volumineux. Il était alors en Kabylie, on le fit entrer à l'hôpital ; il présentait des troubles de la miction, on le sondait deux fois par jour. Il raconte que le médecin voulant huiler sa sonde, la trempa par mégarde dans un flacon d'acide ; il sauta du lit en ressentant une douleur atroce. Depuis lors, il urine facilement, avec sensa-

tion de brûlure au commencement et à la fin de la miction ; souvent il urine goutte à goutte ou bien son jet est en tire-bouchon. Pendant son congé, il a eu une blennorrhagie qui a guéri en deux mois. Il n'a pas eu la syphilis ; il n'est pas alcoolique. Il a fait une fièvre typhoïde il y a quatorze ans.

Depuis cette époque, son caractère s'est modifié complètement ; il est très irascible. Étant employé à Mauléon, pour une simple observation de son chef de gare, il se jeta sur lui et le frappa. Parfois, sans raison, il a des accès de joie et de rire, ou bien des tristesses ; il se sent le besoin de pleurer. Par moments, la mémoire lui fait complètement défaut. Au début de son service au chemin de fer, il était considéré comme un employé intelligent ; maintenant « il est comme ahuri, dit-il, il craint de perdre la raison ».

Ses forces ont beaucoup diminué ; autrefois très bon marcheur, il est aujourd'hui très vite fatigué. Tous les jours il a des étourdissements, des éblouissements ; il se sent comme ivre, ses jambes fléchissent ; il est obligé de s'appuyer pour ne pas tomber. Il souffre beaucoup de maux de tête, il a comme un cercle de feu ; mais la douleur est plus vive à gauche et au niveau du front. L'œil droit est resté bon ; mais sa vue a beaucoup diminué à gauche, nous dit-il, depuis sept à huit mois.

M. le professeur agrégé Lagrange qui l'a examiné nous a remis cette note : Acuité visuelle :  $2/3$  à droite et à gauche. Champ visuel, normal. Sens chromatique, normal. Pas de vice de réfraction. A droite, pas de lésion ophtalmoscopique. A gauche, papille un peu blanche (?). A surveiller au point de vue de l'atrophie blanche du nerf optique.

Il se plaint de troubles stomacaux ; après les repas, il se sent le ventre gonflé, la digestion est très lente, il lui arrive de vomir les aliments cinq à six heures après son repas ; il a de la flatulence et quelquefois du pyrosis. Plusieurs fois la semaine, sans cause connue, il est pris de violentes coliques et a six à huit selles semi-liquides dans une demi-journée. Du côté de la miction, il présente des troubles manifestes : il lui arrive, ayant envie d'uriner, d'attendre cinq à six minutes avant la première goutte ; d'autres fois, au contraire, il n'a pas le temps de se retirer et pisse dans son pantalon. Examiné au point de vue de la sensibilité cutanée, on ne trouve pas de modifications. Les réflexes rotuliens sont très sensiblement diminués, surtout à gauche.

Il est père de famille. Ses trois enfants sont bien portants, seule une fille de dix-sept ans se plaint de maux d'estomac. Sa femme a une bonne santé.

C'est en 1879 que D... présenta pour la première fois les accidents du côté du cuir chevelu. A cette époque, il habitait la campagne, il jouissait d'une santé excellente. Il perdit une assez forte somme d'argent. Cette perte l'impressionna beaucoup ; il en ressentit un profond chagrin. Deux mois après ce malheur, une plaque blanche apparut au sommet de la tête ; c'est un camarade qui le lui fit remarquer en lui disant qu'il avait une tonsure. La plaque grandit peu à peu, puis de nouvelles apparurent et bientôt il ne lui resta plus que quelques mèches du côté droit. Sa barbe, qui était noire et bien fournie, tomba aussi. On n'avait jamais vu pareille chose dans le pays et ses compatriotes le regardaient comme une curiosité. Nous avons demandé au malade s'il avait connu à ce moment d'autres personnes qui présentaient cette maladie, s'il y avait dans son pays ou autour de lui des animaux, chiens, chats ou chevaux, qui perdaient leur poil, il nous a répondu très affirmativement n'en avoir jamais vu. Cette alopecie a duré environ quatre mois, puis les cheveux ont complètement repoussé, sans aucun traitement. Sa barbe a repoussé, mais alors complètement rousse (1) ; elle l'est encore aujourd'hui.

Il est resté guéri un an, puis à la suite d'une violente contrariété, il vit bientôt les mêmes accidents apparaître et se terminer de la même façon. Enfin, depuis 1879, il a vu six fois ses cheveux tomber et repousser et il nous affirme très sûrement que les cheveux lui sont toujours tombés après une violente émotion morale, et cela dans un temps plus ou moins rapproché ; une fois cependant huit mois après l'émotion.

Le malade ne fit jamais aucun traitement sérieux. Nous voulons noter par curiosité un traitement tout au moins original, qu'une bonne dame lui enseigna. Il prenait des limaçons, les mettait sur sa tête et les

(1) Le malade nous a apporté deux photographies et nous avons cru pouvoir constater, en effet, qu'il avait une longue barbe noire avant cet accident.

faisait promener sur ses plaques, de sorte qu'ils y laissaient un enduit brillant. Sous l'influence de ce traitement, il guérit en deux mois !

Aujourd'hui 10 mars 1890, D... présente, disséminées sur toute la tête, mais plus particulièrement à gauche, treize plaques blanches, glabres, sans desquamation ni douleur, de dimensions variables d'une pièce de cinquante centimes à une pièce de cinq francs en argent. L'apparition de ces plaques remonte à fin janvier dernier.

Sur toute la tête, les cheveux sont clairsemés. Ils se laissent arracher sans douleur. Sur une plaque large, à gauche, près de l'oreille, on voit repousser quelques cheveux absolument blancs.

En recherchant la sensibilité avec une épingle, on remarque qu'elle est la même sur les plaques que sur tout le reste du cuir chevelu. Les cheveux ne sont pas plus cassants qu'à l'état normal. Ceux qui ont été arrachés au pourtour des plaques, examinés à l'œil nu ou à la loupe, présentent un bulbe absolument atrophié ; il n'a plus le renflement terminal normal. Les cheveux provenant d'endroit d'apparence saine présentent une gaine opaline très marquée.

A l'examen au microscope, ces particularités sont plus appréciables ; mais on ne voit pas de parasite ni dans le poil, ni autour.

La barbe, les sourcils, les poils du corps et les ongles sont sains, pas de troubles trophonévrotiques.

Depuis dix ans que le malade présente ces accidents, il n'a jamais contaminé aucun membre de sa famille.

A la suite de cette observation M. Archambault fait remarquer que l'origine nerveuse est parfaitement établie dans ce cas de pelade, et que la sensibilité est conservée au niveau des plaques, alors que dans certains cas d'origine parasitaire les plaques dénudées présentent de l'insensibilité.

#### OBSERVATION XIII (LELOIR).

M. P..., 42 ans, filateur, très nerveux, migraineux, éprouve un choc moral considérable lors de l'incendie de sa filature. Ce choc

moral est suivi d'asthénie nerveuse, de fourmillements au niveau de la peau et en particulier, au niveau du cuir chevelu. Une quinzaine de jours après l'accident, les cheveux commencent à tomber, et un mois après, il vient me consulter pour une pelade de la barbe et du cuir chevelu. Je n'ai jamais pu trouver la moindre trace de contagion dans l'entourage du sujet, malgré le peu de précautions qu'il prenait.

OBSERVATION XIV (LELOIR).

Jules M..., 21 ans, est pris entre un mur et une pesante voiture chargée de grès. Il échappe, heureusement, à une mort presque certaine. Le même jour, asthénie nerveuse prononcée. Le lendemain, le malade éprouve, dans les membres, des fourmillements, des élancements, lesquels ne tardent pas à disparaître pour se localiser du côté du cuir chevelu ; il me semblait, nous racontait-il, que mes cheveux étaient hérissés. Huit jours après l'accident, apparition d'une plaque de peladoïde à l'occiput. J'ai observé ce malade longtemps, jamais je n'ai pu trouver la moindre trace de contamination de son entourage.

OBSERVATION XV. — *Pelade survenue à la suite d'excès de fatigue*  
(LELOIR).

En 1884, je fus consulté pour une pelade ayant envahi toute la région occipitale et la région temporo-frontale droite, par un jeune homme de 25 ans, très névropathe, surmené par le travail et les excès vénériens. Il me raconte qu'il y a 10 ans, les migraines auxquelles il était sujet, augmentèrent d'une façon considérable et furent, en outre, accompagnées de névralgies occipitales et temporo-frontales très pénibles, surtout du côté droit. Un an après, apparition d'une plaque de pelade au niveau de la région occipitale droite. Cette pelade allait en augmentant continuellement. Depuis son apparition jusqu'au jour où il est venu me consulter, c'est-à-dire pendant 9 ans, il n'a pris aucune précaution. Ne croyant pas que sa maladie fût contagieuse, il se servait des mêmes peignes, brosses etc..., que son père, sa mère, ses frères et sœurs, que ses amis, que les nombreuses maîtresses qu'il a eues pen-

dant cet espace de 9 ans. Aucune personne de son entourage ne fut atteinte de pelade. En 1885 ce jeune homme, que je soignais depuis près de 2 ans (sans amélioration notable), me dit qu'il veut se ranger, changer de vie et se marier, mais qu'il recule devant le mariage, parce que, à mon insu, il a consulté un médecin en renom, lequel lui a dit que sa maladie était contagieuse, ce qui l'a d'ailleurs fortement étonné. Qu'en pensez-vous, docteur, me dit-il ? J'étais, je l'avoue, très embarrassé. Pouvais-je lui permettre de se marier ; ou au contraire, fallait-il le condamner au célibat, comme mon confrère ? Mais ce célibat menaçait de se prolonger indéfiniment. La pelade datait déjà de plus de 10 ans ; depuis cette époque, elle suivait une marche lente, mais graduellement extensive, et ce n'est qu'à grand'peine que, depuis environ 2 ans que je le soignais, j'étais arrivé à faire repousser quelques flots de cheveux. D'autre part, les troubles nerveux qui avaient précédé et accompagné le mal, l'absence reconnue de toute contagion auraient dû, me disais-je, rendre tout au moins perplexe le confrère contagionniste. Je crus de mon devoir de ne pas, pour une simple présomption de contagiosité que rien ne venait justifier dans le cas actuel, compromettre l'avenir de ce jeune homme, et je lui permis de se marier. Il est actuellement marié depuis près de 3 ans et père de 2 charmants bébés. Inutile de dire qu'il n'a contaminé ni sa jeune femme, ni personne de son entourage. Je le revoyais encore il y a peu de temps (car il est toujours atteint de sa pelade qui s'améliore très légèrement, par places) et ce n'est pas sans une pointe d'ironie qu'il me rappelait l'avis du confrère qui voulut le condamner au célibat.

J'eus beau lui expliquer qu'il s'agissait ici d'une question de doctrine, il en veut toujours à ce confrère et à cette doctrine, qui, dit-il, pouvaient sans raison compromettre son avenir.

L'auteur ajoute : Cette observation rappelle, dans un sens opposé, celle que M. Hardy a relatée en 1887 à l'Académie.

**2<sup>e</sup> groupe.**

OBSERVATION XVI (Th. LORiot).

J. L..., 24 ans.

La mère est morte d'un cancer de l'estomac. Le père est bien portant.

Pas de rhumatismes. Pas de syphilis. A l'âge de 16 ans elle a eu une fièvre continue. Vers l'âge de 21 ans elle était très anémique, elle avait perdu ses cheveux à cette époque, mais ils ont repoussé depuis.

Le début remonte à 8 mois. Elle ne se souvient pas d'avoir été exposée à une contagion, mais elle accuse des douleurs névralgiques très nettes revenant plusieurs fois par mois et persistant plusieurs jours.

En ce moment elle porte une grande plaque décalvante couvrant environ sept centimètres de diamètre. Il n'y a pas de pelade sur le corps. *Un peu d'anesthésie au niveau de la plaque.*

Elle n'a communiqué sa maladie à aucune personne de son entourage, et cependant elle a couché alternativement avec trois de ses nièces. Elle s'est soignée pendant longtemps par des applications d'une pommade dont elle ne peut nous donner la composition, et qui n'a donné aucun résultat.

Elle est en traitement depuis cinq mois. La plaque est recouverte de duvet et quelques cheveux plus forts commencent à apparaître.

OBSERVATION XVII. — Observation IX de l'article Hémoptysie nerveuse, MARIUS CARRÉ (*Archives générales de médecine*, 1877, vol. 29, p. 195).

Mad. D..., 60 ans, eut à 20 ans une hémoptysie qui se renouvela pendant 3 ans, et qui disparut par un changement d'air. Mariée à 33 ans, eut un enfant au bout de 10 mois. Allaitement et nouveau crachement de sang pendant 7 ans revenant à peu près tous les 15 jours. Pendant cette période, fluxion dans les diverses parties du corps : figure, thorax, jambes. La cessation de l'hémoptysie coïncide avec la cessation des règles.

Depuis l'âge de 15 ans, crises nerveuses caractérisées par de la raideur des membres, perte de connaissance, serrement du poing et du pouce, contraction des mâchoires. Pendant cette période, la malade a été tourmentée par une irritabilité extrême et des douleurs de tête, à forme névralgique, qui furent suivies d'alopécie. Elle souffrait aussi de fréquentes névralgies intercostales et de névralgies sciatiques des deux côtés, de gastralgie, de varices très volumineuses qui augmentaient pendant les crises.

Aujourd'hui elle est bien portante; sauf des accidents névralgiques variés, les crises nerveuses ont cessé avec l'hémoptysie au retour de l'âge. Elles ont été remplacées par des névralgies qui coïncident avec des poussées fluxionnaires du côté de la tête. Pas de toux; le cœur et les poumons sont sains.

OBSERVATION XVIII. — *Alopécie neuro-traumatique*. — (Obs. des  
D<sup>r</sup> KROTKOFF et V. STROKINE, in thèse ATHANASSIO.

Le nommé G. Polakoff, s'occupe depuis l'âge de 19 ans (en 1872) comme menuisier au chemin de fer. Pas d'hérédité; rien à noter comme antécédents personnels jusqu'au 16 août 1874, où le malade tombe et perd connaissance pendant une heure. Rétabli complètement après une semaine, il se porte bien jusqu'en 1880 où il reçoit un ébranlement considérable pendant un déraillement. Depuis il souffre de céphalées accompagnées parfois de vomissements et de faiblesse générale.

En 1885 il reçoit un coup à la nuque, et ressent une vertige léger et une obnubilation momentanée de la connaissance.

Le 16 avril 1888 sa tête est pressée contre la porte d'une voiture, et il perd connaissance pendant 10 minutes. Revenu à lui, il s'en retourne seul et dort profondément pendant 2 heures. Impossibilité complète de travailler jusqu'au 29 avril (douleurs et lourdeurs de tête intenses, diminution notable de l'ouïe du côté droit).

Le 29 avril, il se remet au travail, mais est bientôt forcé d'y renoncer. Une ou deux heures après le commencement du travail, se déclare chez lui une céphalée intense, du vertige, obnubilation de la

connaissance et parfois vomissements. Après chaque crise il devient si faible qu'il est obligé de garder le lit pendant quelques jours.

Le 13 mai, à la partie convexe du crâne les cheveux commencent à tomber et le 18 mai il se forme une alopecie ronde de 3 centimètres de diamètre. La peau à cet endroit est lisse et propre. A l'examen attentif on y constate des enfoncements superficiels ponctiformes ; sa coloration est normale. Les cheveux qui se trouvent à la périphérie de la calvitie s'arrachent avec facilité, leur forme et leur structure sont normales. La calvitie augmente graduellement et occupe bientôt tout le cuir chevelu.

*État actuel* le 12 octobre 1888. — La peau des os pariétaux est dépouillée de ses cheveux ; tout dernièrement ont apparu à la nuque deux petites calvities rondes d'un demi-centimètre de diamètre. La peau de la calvitie initiale a commencé à se couvrir, il y a deux mois, de cheveux minces et incolores, qui se colorent petit à petit ; en revanche ils continuaient à tomber.

Le malade ne peut préciser la date à laquelle ont disparu les poils de la partie externe de la moustache droite, de la partie interne de la moustache gauche, du menton et de la région sous-maxillaire.

Sensibilité normale dans tous ses modes. Pupilles égales réagissant à la lumière et accommodation. Rien du côté de la vision, du goût, de l'ouïe, de l'odorat. Muscles de la face intacts. Organes thoraciques et abdominaux normaux. Inaptitude complète au travail. Affaïssement très prononcé. Mélancolie.

#### OBSERVATION XIX (personnelle).

Enfant de 4 ans, arthritique, présente plaques d'apparence de pelade sur la tempe gauche, début peu précis, 6 mois (?).

L'enfant est au collège, la tempe droite est atteinte, les cheveux sont notablement décolorés.

L'enfant a reçu une pierre dans la tête en arrière au mois de juillet dernier, on voit la cicatrice sur le vertex. Quelques jours après sa mère a remarqué que la tempe droite se dégarnissait.

Renvoyé de l'école sous prétexte de teigne...

OBSERVATION XX (personnelle).

G... 32 ans. Mère bien portante, père mort de pneumonie. Lui-même n'a jamais eu de maladie sérieuse ; il a souffert de migraines de 15 à 25 ans.

Il était employé d'octroi, lorsqu'il y a 8 mois on l'a renvoyé de sa place à cause de son inattention. Il venait de perdre un frère de fièvre typhoïde et depuis ce temps il avait des absences dont il ne peut préciser la durée mais assez fréquentes pour motiver son renvoi. Le chagrin que lui a causé la perte de sa place s'est traduit par une insomnie complète durant quelques semaines. Il voyait son frère mort dès qu'il tentait de fermer les yeux. Le jour il avait des envies irrésistibles tantôt de pleurer tantôt de rire. Depuis cette époque, il sent de temps en temps « que sa poitrine va éclater », il lui semble qu'il est étouffé par quelque chose de gros comme une éponge qui enfle au niveau du creux épigastrique et l'empêche de respirer.

C'est au début de ces accidents il y a 8 mois que G... s'est aperçu de la chute de ses cheveux. Il a remarqué d'abord une plaque arrondie blanche et lisse de la grandeur d'une pièce de 2 francs ; puis deux autres plaques sont apparues sur les tempes, elles ont évolué en même temps, se sont agrandies rapidement et trois mois après le crâne était complètement dégarni.

Puis en huit jours la barbe a disparu complètement, en même temps que les sourcils et les poils du corps.

Depuis 3 mois il vient dans le service de M. Hallopeau à l'hôpital St-Louis où on lui fait des badigeonnages à l'acide phénique.

Il est à remarquer que cet homme est marié ; il est aujourd'hui tailleur et travaille avec d'autres ouvriers et jamais autour de lui il n'a vu de pelade. Les cheveux ont repoussé assez serrés, mais la peau reste encore glabre au niveau de la barbe et des sourcils.

OBSERVATION XXI (ARNOZAN).

Un homme de 40 ans bien portant perdit sans cause connue tous les ongles des doigts de façon successive, mais toujours symétriquement ;

peu après, presque tous les ongles des orteils tombèrent de même, ainsi que les poils de la face dorsale des doigts et des orteils ; enfin quelques plaques de pelade apparurent dans la barbe. Ce n'est que plus d'un an après que les ongles ont recommencé à repousser.

OBSERVATION XXII.

P. L..., 28 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas de syphilis, pas de rhumatismes, alcoolisme prononcé.

Il n'a jamais été malade.

Début il y a trois ans à la suite de grands chagrins. Les cheveux sont tombés rapidement. Depuis ce moment il accuse des douleurs névralgiques fréquentes et très violentes, surtout dans la région du nerf occipital.

Actuellement, ce malade ne présente aucune plaque complètement dénudée. Il est atteint d'une vaste pelade décalvante occupant la région du nerf occipital. Cette plaque est symétrique, mais la droite est un peu plus petite que la gauche.

Depuis quelques jours il remarque que les poils du corps commencent à tomber, principalement aux aisselles.

Il est soumis au traitement depuis quelques jours seulement.

OBSERVATION XXIII (Th. de LORiot).

B. F..., 42 ans. Employé d'octroi.

Le père est mort à l'âge de 45 ans. *La mère est très nerveuse.*

Il n'a jamais été malade et n'est pas sujet aux névralgies.

Le début remonte à six mois. — A cette époque il aurait eu de grands chagrins, et une émotion violente. Le lendemain il avait été pris d'une fièvre qui n'aurait eu qu'une durée très courte et à la suite de laquelle les cheveux seraient tombés rapidement. Il n'y a pas de contagion connue.

En ce moment, le malade est atteint d'une pelade décalvante, occupant tout le cuir chevelu. Sur la barbe il existe deux grandes plaques, mais il n'y a pas de chute des poils sur d'autres parties du corps. Sur

le cuir chevelu, on ne trouve pas de plaques véritables, mais plutôt un éclaircissement des cheveux, en certains endroits ceux-ci commencent à repousser, mais ils sont blancs, tandis que les autres sont restés noirs.

Le malade depuis l'époque où il a été atteint n'a donné la pelade à aucune personne de sa famille, il ne prend cependant aucune précaution pour mettre son entourage à l'abri de la contagion.

Il est en traitement depuis trois mois, les cheveux repoussent mais ils sont blancs.

OBSERVATION XXIV. — *Alopécie générale et complète survenue à la suite d'une frayeur.*

Le 30 mars le malade éprouve une vive frayeur.

Le 31, faiblesse générale. Spasmes nerveux, prurit intense du cuir chevelu.

Le 1<sup>er</sup> avril, démangeaisons vives de la tête, les cheveux commencent à tomber.

Le 2 avril les cheveux tombent en masse surtout au sommet de la tête.

Le 4 avril l'alopécie de la tête est complète, les poils des autres régions commencent à tomber.

Le 6 avril l'alopécie est généralisée aux sourcils, aux aisselles et au pubis.

Au bout de deux ans l'alopécie persistait et paraissait incurable.

OBSERVATION XXV (Th. de LORiot).

M. G., 70 ans.

Bonne constitution. — *Très nerveux.*

Ce malade possédait une chevelure grisonnante assez abondante au moment où il reçoit une lettre lui apportant une nouvelle très pénible. Trois semaines après l'arrivée de cette lettre, les cheveux commencent à tomber ; leur chute est surtout rapide sur la nuque et sur les deux régions temporales.

Quatre mois après l'émotion, l'alopécie est presque complète sur les

deux régions temporales et sur la nuque. Quelques rares cheveux qui sont demeurés tombent facilement à la moindre traction. Il ne reste plus guère que quelques poils follets.

C'est une pelade décalvante nette. Dans les parties restées saines le crâne se dégarnit d'une façon irrégulière.

La céphalée augmente par le mouvement au point de rendre l'équitation impossible.

OBSERVATION XXVI (Th. de LORiot).

G., 37 ans. — Garçon marchand de vin.

Aucun antécédent notable.

Il n'y a pas de contagion connue.

La pelade a débuté par la barbe, elle a détruit complètement les cheveux, la barbe, les sourcils, les poils des aisselles et du pubis. En quatre mois le malade est devenu complètement chauve.

Il est entré d'abord dans le service de M. Besnier où il a été soigné par des douches en pluie, des emplâtres de thapsia et l'huile de Croton.

Au commencement de mai, il entre dans le service, il existait à peine un léger duvet sur tout le cuir chevelu. On le rase, et on lui fait des lotions de feuilles de noyer, en même temps qu'on lui fait des applications de vésicatoires.

Le 30 mai les cheveux colorés repoussaient partout et le 19 juillet il sortait avec une guérison presque complète.

OBSERVATION XXVII (SCHUTZ).

Alopécie triangulaire occupant presque toute la moitié droite de la tête chez un enfant de 4 ans, scrofuleux, qui était soigné pour conjonctivite phlycténulaire et infiltrats de la cornée.

Le malade n'a été vu qu'une fois.

Dans la zone limite de cheveux clairsemés, on arrachait facilement et sans douleur des cheveux. Au microscope, on les voyait avec des bulbes atrophiés, ruptures de la substance médullaire, cavités dans la substance corticale, trichorrhexis nodosa. Dans la zone de calvitie,

cheveux de différente longueur. Cuir chevelu, reste des cheveux normaux. Voici ce qu'on releva relativement à l'étiologie : Quand se formait la conjonctivite phlycténulaire, et que l'enfant ne pouvait plus jouer, il se mettait dans un coin sombre le visage contre le mur, et se tirait les cheveux, les mettait dans la bouche, et les mangeait. Quand les troubles oculaires cessaient, les cheveux repoussaient.

OBSERVATION XXVIII (SCHUTZ).

H., 39 ans, paraissant fort, mais très nerveux et hypochondriaque, vint me consulter pour un violent prurit cutané, des douleurs de tête, et un sentiment de brûlure d'une plaque alopécique du derrière de la tête, dont il souffrait depuis 6 mois.

La maladie des cheveux avait été traitée sans succès comme herpès tonsurans. Dans les dernières semaines, la chute des cheveux avait cessé.

Le cuir chevelu montre une séborrhée sèche étendue, et un haut degré de pityriasis. Au visage, surtout au menton, rien d'anormal.

Les deux plaques alopéciques du derrière de la tête sont mal délimitées. Dans la zone limite, comme dans le cas I, beaucoup de cheveux cassés de 1 centimètre de long. Même aspect microscopique. Pas de champignons. Sensibilité normale.

Dans la barbe rasée, deux plaques alopéciques, de forme irrégulière. Là violent sentiment de brûlure par moments, sans rougeur, ni desquamation.

Le malade ne se représenta que trois fois.

On put savoir seulement que par le traitement le prurit diminuait notablement.

OBSERVATION XXIX (SCHUTZ).

Homme d'affaires très nerveux, de 50 ans. Dans la barbe des joues, il a *symétriquement des deux côtés* une plaque triangulaire mal limitée, commençant aux angles des lèvres. Il se plaint de démangeaisons, surtout au menton, quoique là on ne voie rien de pathologique. Les plaques se sont peu formées depuis des années. Les poils voisins, au lieu de couleur blonde, sont gris pour la plupart.

Rien d'anormal au microscope.

Thérapeutique sans résultat.

Il s'agit là aussi d'une chute achevée.

OBSERVATION XXX (personnelle). — *Pelade congénitale.*

Henri Besson, 4 mois. L'accouchement à terme s'est fait par la face, il a duré 28 heures ; la tête a été comprimée fortement et très déformée.

Sur le cuir chevelu, au niveau de l'écaille de l'occipital gauche empiétant un peu sur l'occipital droit, plaque peladique arrondie où les cheveux n'ont jamais poussé ; on n'y trouve qu'un duvet fin, blond, plus clair que les cheveux voisins et bien adhérent au cuir chevelu. Sur le reste de la tête les cheveux sont normaux.

---

## CONCLUSIONS

I. — L'existence de la dualité des pelades n'est pas douteuse. Tandis que certains faits : contagion, épidémi-cité, mode d'accroissement, examen microbiologique, prouvent la réalité d'une pelade parasitaire, d'autres éta-blissent avec non moins de netteté l'existence de la pelade nerveuse : ce sont l'apparition brusque à la suite d'une émotion, d'un choc nerveux, l'extension rapide, sans pos-sibilité de contagion, la coïncidence de phénomènes ner-veux hystériques, épileptiques ou névritiques, la guérison par un traitement qui ne s'adresse qu'à l'élément névro-pathique.

II. — Les pelades nerveuses sont de deux sortes : la pelade décalvante généralisée, rebelle au traitement, et la pelade nerveuse proprement dite, dont le pronostic est plus favorable et qui ne se distingue par aucun signe ob-jectif de la pelade contagieuse.

III. — Les pelades trophonévrotiques relèvent d'une double pathogénie. Tantôt il existe une altération organi-que du système nerveux central (myélite, tabes) ou péri-phérique (névrites) ; tantôt le système nerveux n'est mo-difié que fonctionnellement et la pelade apparaît au cours d'une névrose (hystérie, épilepsie, goître exophtalmique), ou d'un état névropathique mal défini.

IV. — Le diagnostic est toujours difficile entre les pelades contagieuses et la pelade nerveuse ; cependant il sera dans la majorité des cas possible de l'établir, et ce diagnostic a une grande importance, car il permet d'établir le pronostic et de formuler le traitement rationnel de l'affection.

V. — Le traitement s'adressera particulièrement au système nerveux, par l'intermédiaire des moyens généraux : douches, frictions sèches sur le corps, électricité statique et topiques irritants (huiles de croton, teinture de cantharides, acide acétique, courants faradiques et galvaniques).

---

Vu :

Le Président de la thèse,

FOURNIER.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

GRÉARD.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- Audrain.** — De la pelade ; valeur des cheveux cassés, *Annales de dermatologie*, VI, 1895.
- Abraham.** — Alopecia en aires, *Lancet*, 25 nov. 1893.
- André.** — Dermatofibrose généralisée d'origine nerveuse, *Gaz. hebdomadaire*, Paris, 24 sept. 1892.
- Arnozan.** — Pelade et chute des ongles, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 juillet 1888.
- Archambault.** — Pelade d'origine probablement nerveuse, *Journ. méd. de Bordeaux*, 20 avril 1890.
- Askanagy.** — Casuistiche zur Frage der Alopecia neurotica, *Arch. f. Dermat.*, XXII.
- Athanassio.** — *Troubles trophiques d'origine hystérique*, th. Paris, 1889.
- Barret.** — *Relations entre la teigne et la pelade*, thèse Paris, 1894.
- Barthélemy.** — Pelade et Vitiligo, *Société franç. de dermatologie*, 17 avril 1893.
- Brocq.** — Alopécie de la kératose pileaire, *Revue de Hayem*, n° 44.
- Bazin.** — *Affections cutanées parasitaires*, 1852.
- Besnier.** — *Bulletin académie de médecine*, 31 juill. 1888.
- Behrend.** — *Société médicale de Berlin*, 12 déc. 1888, *Bulletin médical*, 1888.
- Baude.** — *Dermatoneuroses indicatrices*, thèse de Lille, 1889.
- Brocq.** — *Pelade*.
- Cooper Todd.** — Complet loss of hair from cerebral injury, *Lancet*, 1869, II.
- Chambard.** — Pelade, *Dict. encyclop. des sciences médicales*.
- Desmonceaux.** — Traitement de la pelade, *Gaz. des Hôpitaux*, 23 juill. 1895.
- Derville.** — Épidémie de pelade, *Journal de la Société médicale de Lille*, 4 nov. 1892.
- Dubreuilh.** — Des alopecies atrophiques, *Ann. de dermat. et de syphil.*, avril 1893.
- De la pelade, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1889.

- Erhmann.** — Alopecies en aires, *Soc. viennoise de dermatologie*, 11 janv. 1893.
- Feulard.** — La pelade chez les enfants, *Gaz. hebdom. de Paris*, 9 nov. 1895.
- Pelade décalvante et Vitiligo, *Soc. franç. de dermatologie*, 12 janv. 1893.
- *Teigne et teigneux*. Th. de Paris, 1886.
- Frédet** (fils). — Alopecie complète et générale à la suite d'une frayeur, *Annales de la société médicale de St-Étienne*, 1878, in art. de DUBREUILH.
- Fournier.** — Des Alopecies, in *Gaz. des Hôpitaux*, 1877.
- Féré.** — Pelade post-épileptique, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, juill. 1895.
- Frölich.** — Pelade et lésions oculaires, *Revue médicale de la Suisse romande*, déc. 1890.
- Frèche.** — *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, mai 1895.
- Gruby.** — *Compte rendu de l'Académie des Sciences*, tome XXVII, p. 301.
- Gaucher.** — Leçons sur les maladies de la peau.
- Gilles de la Tourette.** — Troubles trophiques cutanés d'origine hystérique, *Bulletin médical*, 16 juin 1895.
- Horaud.** — Contagion de la pelade, *Soc. franç. dermat.*, 2 août 1894.
- Hutchison.** — Alopecia areata, *Ann. surg. Lond.*, 1892-1893.
- Haslend.** — Alopecie leucodermique, *Soc. franç. dermat.*, 1893, p. 218.
- Max-Joseph.** — Die Etiologie der alopecia areata, *Arch. fur path. Anat.*, CXVIII.
- Leloir.** — Trophonévroses, *Dictionnaire de méd. et chirurg. pratiques*.
- Dermatoneuroses, *Bulletin médical* du 15 août 1894.
- Pelades et peladoïdes, *Bulletin acad. méd.*, 26 juin 1888.
- Lailler.** — *Leçons sur les teignes*, 1885.
- Loriot.** — *Contribution à l'étude de la pelade*. Thèse de Paris, 1886-1887.
- Levêque.** — *Dermatoses par choc moral*. Th. de Lille, 1887.
- Lebrun.** — *Vitiligo d'origine nerveuse*. Thèse de Lille, 1886.
- Masurel.** — *Affections cutanées d'origine spinale*. Thèse de Lille, 1887.
- Morel-Lavallée.** — Pelade vitiligineuse, *Ann. dermat. et syph.*, 1893, p. 376.
- Malassez.** — Note sur le champignon de la pelade, *Archives de physiologie*, 1874.
- Nystroën.** — Note sur la nature de la pelade, *Ann. dermat. et syphil.*, 1875, p. 440.
- Ollivier (A.).** — La pelade et l'école, *Revue d'hygiène*, 1887.
- Pontoppidau.** — Ein Fall von alopecia areata naif operation am Halse, *Monatsshefte fur prakt. Dermatologie*, 1889.

- Renault.** — Dermatoneuroses, *Rev. génér. de clinique*, 1893.
- Rovaglié.** — Influence du système nerveux sur certaines lésions de la peau, *Med. News*, 27 août 1892.
- Sabouraud.** — La pelade et les teignes. Traitement de la pelade, *Soc. franç. de dermatologie*, 9 mai 1895.
- Schütz.** — Sechs Fälle von alopecia neurotica, *Münch. med. Wochens.*
- Thomas Thomesco.** — *Étiologie générale des dermatoses*. Th. Paris, 1895.
- Thin.** — Alopecia areata, *Pathol. soc. of London* (tome XXXIII).
- Tyson.** — Universal alopecia, *Clinic. soc. of London*, 12 février 1886.
- Testut.** — *De la symétrie dans les affections de la peau*. Thèse Paris, 1876.
- Trouillet.** — Note sur la pelade, *Dauphiné médical*, nov. 1893.
- Vidal.** — Des pelades, *Gazette des Hôpitaux*, 1879, p. 459 et *France médicale*, 1885, p. 726.
-









---

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. -- J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).

---